

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

449

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi, 7 juillet 1897, à 1 heure

PAR

STOYANTCHOFF

Né à Vélîco-Tîrnovo (Bulgarie), le 17 août 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COMPLICATIONS RÉNALES

DANS LA BLENNORRAGIE AIGUE

Président: M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. } DELENS, agrégé
 } LETULLE et CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

—
1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi, 7 juillet 1897, à 1 heure

PAR

STOYANTCHOFF

Né à Vélîco-Tirnovo (Bulgarie), le 17 août 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COMPLICATIONS RÉNALES

DANS LA BLENNORRAGIE AIGUE

Président: M. FOURNIER, professeur.

*Juges: MM. } DELENS, agrégé
 } LETULLE et CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale	{ N.
Clinique des maladies des enfants.	{ POTAIN.
Clinique des maladies syphilitiques.	{ JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	{ HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.	{ DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	{ GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	{ FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.	{ JOFFROY.
Clinique d'accouchements.	{ RAYMOND.
	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MON BEAU-FRÈRE, LE COLONEL GELIAVSKI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

A MON CHER MAÎTRE

M. LE DOCTEUR BALZER

Médecin de Saint-Louis

INTRODUCTION

De toutes les complications de la blennorrhagie aiguë, une des plus rares, et des moins bien connues est certainement la complication rénale sur l'existence et la pathogénie même de laquelle les auteurs sont loin d'être d'accord.

Pendant un séjour de quelques mois à l'hôpital Ricord dans le service de M. le docteur Balzer, nous avons eu la bonne fortune de voir un cas très net et très frappant de cette rare complication. Le malade de qui nous voulons parler, et qui fait le sujet de notre observation n° 1, présente un cas de néphrite aiguë d'origine blennorrhagique. Nous avons pu le suivre pendant deux mois, dès le début de son affection jusqu'à sa guérison ; ce cas nous a vivement intéressé et, sur le conseil de notre maître, nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Etant donné que nous n'avions vu personnellement qu'un cas de cette rare complication de la blennorrhagie nous n'avons pas, on le conçoit, la prétention ni de résoudre ce problème, ni de présenter à nos juges un travail original et complet ; mais, malgré cela, nous espérons trouver chez eux la bienveillance qu'ils témoignent toujours aux élèves désireux de les satisfaire.

Notre travail se bornera donc :

1° A un exposé historique en suivant, autant que possible, l'ordre chronologique, les opinions successivement admises

par les auteurs tant français qu'étrangers, touchant les complications rénales de la blennorrhagie aiguë.

2° Les statistiques parues sur la fréquence de cette complication.

3° Etiologie et pathogénie de cette affection.

4° Etude clinique.

5° Diagnostic, pronostic et traitement.

6° Les observations que nous avons pu réunir à ce sujet dans la littérature française et étrangère.

Enfin, nous avons établi nos conclusions.

Mais, avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous tenons à remercier notre bien aimé maître, M. le docteur Balzer, sous l'inspiration duquel nous avons entrepris ce modeste travail : il nous a aidé de ses conseils judicieux et éclairés en nous témoignant une extrême bienveillance ; c'est sous sa direction que nous avons appris la pratique des maladies vénériennes et des maladies de peau. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre grande gratitude et de notre entier dévouement.

Que M. le Professeur Fournier, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous permette de le remercier de l'insigne honneur qu'il nous fait.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

On peut distinguer deux phases dans l'histoire de l'albuminurie observée au cours de la blennorrhagie :

1^e Avant la découverte du gonocoque.

2^e Après la découverte du gonocoque.

1^o Avant la découverte du gonocoque.

C'est seulement depuis quelques années que sont parus des travaux où l'on traite spécialement les complications rénales de la blennorrhagie aiguë. A peine la possibilité de ces complications est-elle mentionnée dans les anciens ouvrages.

MORGAGNI, vers 1750, dans sa LXII lettre, rapporte l'histoire d'un chevalier qui, ayant eu trois chaudepisses, fut pris d'accidents graves attribuées à la cystite. Or, à l'autopsie, il trouva les reins petits renfermant une humeur sanieuse et une légère érosion vers les orifices des uretères.

BELL, dans son *traité de blennorrhagie*, vers 1800, est très bref : il pense seulement que les reins peuvent être affectés soit par sympathie nerveuse, soit par le fait d'une inflammation ascendante.

LALLEMAND, dans ses *observations sur les maladies des*

organes génito-urinaires (1825), mentionne vaguement la néphrite blennorrhagique sans observation à l'appui.

RAYER, dans son *traité de maladies de reins* (1839-1841), rapporte une seule observation, mais il la donne sans commentaire.

VIDAL DE CASSIS, vers 1850, dans les *Annales de chirurgie*, établit le premier très nettement que la blennorrhagie peut donner lieu à la néphrite. Cette opinion est pour la première fois clairement formulée et fondée sur des observations concluantes.

Pour la première fois parut, en 1869, à Strasbourg, un travail d'ensemble sur la question. C'est une thèse due à M. Jubiot. Pour lui, la néphrite est le fait de la propagation ascendante de l'inflammation. Il pense, en outre, que cette néphrite apparaît nécessairement dans les douze ou quinze jours de l'uréthrite, et que la résolution est la règle.

Voici maintenant l'avis des deux auteurs qui ont eu des doutes motivés sur l'existence possible de cette néphrite.

Dans la thèse d'agrégation de M. Cornil, 1869, on lit ce qui suit : « Quelques auteurs ont prétendu que la blennorrhagie pouvait affecter non seulement la vessie, mais le rein ». On a l'habitude, dit Rollet, de citer à l'appui une autopsie de Morgagni (LXII lettre). Une phrase de Hunter qui regarde l'inflammation sympathique des uretères et des reins comme possible dans la blennorrhagie ; un passage aussi bref et aussi peu explicite de Bell. Une observation de Rayet et une autre de Vidal. Toutefois aucun de ces faits n'est probant. Il est certain que les reins peuvent être affectés à la suite de la blennorrhagie, notamment chez les malades qui ont un rétrécissement du canal compliqué de lésions profondes des

organes urinaires, mais la néphrite en tant que complication de l'inflammation blennorrhagique elle-même, est loin d'être encore une réalité clinique incontestable.

En tout cas, d'après toutes les observations publiées, elle n'aurait rien de spécial, et sa description se confondrait avec celle de la néphrite commune. (ROLLET, *Traité des maladies vénériennes*, page 308).

« Telle est aussi, dit M. Cornil, l'opinion de M. Fournier, qui a eu l'obligeance de nous donner à ce sujet les renseignements suivants : Depuis treize ans, j'ai soigneusement recueilli l'observation de tous les malades affectés de blennorrhagie qui se sont présentés à moi, et je n'ai pas rencontré un seul fait de néphrite blennorrhagique. On rencontre souvent des douleurs rénales, assez vives dans le cours de la blennorrhagie, mais elles tiennent à l'une des deux causes que voici : ou bien ce sont des douleurs prodromiques d'une épididymite ou d'une orchite, ou bien elles tiennent à l'action du copahu sur le rein. Ces dernières sont parfois très vives, intolérables et nécessitent la suppression du traitement. Du reste, elles cessent aussitôt, dès qu'on interrompt l'administration du copahu ».

M. FOURNIER, en 1866, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* dit : « bien plus problématique est l'existence de la néphrite blennorrhagique, dont je crois pouvoir dire qu'il n'existe pas d'exemple bien avéré ».

DEROYER, 1874. Th. de Paris (*Etude théorique et pratique de l'albuminurie et de quelques néphrites*), cite l'observation d'un malade ayant eu plusieurs années auparavant deux attaques de rhumatisme et de sciatique plus tard, et atteint depuis un mois d'une blennorrhagie de moyenne intensité et

sans refroidissement, sans traitement par les balsamiques est pris d'une néphrite aiguë. La seule cause, dit M. Deroyer, que l'on puisse invoquer ici pour expliquer la néphrite, est la blennorrhagie indéniable dont est atteint le malade.

M. Jaccoud, dans ses cliniques, dit « que toutes les maladies prostatato-uréthrales peuvent devenir le point de départ d'une néphrite parenchymateuse, aussi bien que d'une néphrite suppurative commune. Mais parmi ces maladies, la blennorrhagie violente et rebelle est certainement celle qui aurait l'influence pathogénique la plus puissante, et deux ou trois fois déjà M. Jaccoud a constaté l'existence de cette cause à l'exclusion de toute autre.

En 1879, parut la thèse de M. Malgouverné où il parle de pyélo-néphrite, d'origine blennorrhagique.

La même année thèse de Luxcey qui a comme sujet : *de la néphrite parenchymateuse, comme complication intercurrente d'une blennorrhagie* avec des observations très détaillées à ce sujet.

Il prétend, qu'il existe une néphrite blennorrhagique indépendante des médications dirigées contre la maladie première, et tout à fait distincte de celle qui, apparaissant à long terme, est considérée comme une suite possible de la blennorrhagie », il se résume en disant « qu'il faut admettre deux mécanismes de la néphrite compliquant la blennorrhagie. Dans certains cas c'est une marche ascendante de la maladie et une propagation de l'inflammation par continuité de tissu. Ailleurs le mécanisme est tout autre : le rein est frappé à distance par le rhumatisme blennorrhagique, comme peuvent l'être la dure-mère, le cerveau, le foie, la parotide et la plèvre. »

La même année parut encore le travail de M. le docteur Garcin dans les *Archives générales de Médecine*, où il cite des observations de pyélo-néphrites ascendantes, consécutives de la blennorrhagie.

Leneveu, en 1878, affirme que l'albuminurie peut se présenter à une période quelconque du processus blennorrhagique.

2° Après la découverte du gonocoque.

Berlioz en 1887 disait : « dans la blennorrhagie l'urine renferme des gonocoques, mais très exceptionnellement cette maladie s'accompagne d'une néphrite due à ces organismes.

Récemment, *Bedford-Brown* veut, que la néphrite quand elle se produit dans l'infection gonococcique, soit toujours précédée d'urétérite.

Mais c'est depuis que notre maître a étudié cette question qu'elle est entrée dans une nouvelle phase, d'après ses travaux : Balzer et Souplet (*Ann. de dermat. et de syph.* 1891-92) ; Balzer et Jacquinet (*Semaine médicale* 1893), il semble que tous les doutes sur l'existence des néphrites blennorrhagiques sont levés, que la solution du problème est définitive.

SOUPLET, dans sa thèse : *La blennorrhagie, maladie générale*, 1893, étudie toutes les complications de la blennorrhagie, et insiste sur les complications rénales en citant ces mots de Bouchard : « Pas de maladie infectieuse sans détermination sur le rein (1881). Il nie comme ses précédesseurs l'influence des balsamiques, et conclut à la possibilité d'une véritable lésion rénale, sorte de néphrite diffuse aiguë attri-

buable à l'action du poison, produit d'élimination du gonocoque, assimilable par exemple à celle que produit l'infection de la tuberculine.

M. RENDU 1889, dans la *Gazette des hôpitaux*, à propos d'une néphrite-mixte de nature blennorrhagique dit : que le microbe pathogène de la blennorrhagie a de grandes propriétés de repullulations, qu'il peut pénétrer jusque dans la sérosité articulaire du rhumatisme blennorrhagique, et que chez l'individu atteint de blennorrhagie, l'infection se propage par l'urèthre, la vessie jusqu'au rein, où elle détermine une pyélo-néphrite. A la fin, M. Rendu se résume ainsi : « lorsqu'on se trouve en face d'une albuminurie chronique à caractère mixte, sans que le cœur ou les artères soient pris, on doit songer à quelque pyélo-néphrite microbienne de nature blennorrhagique ou tuberculeuse. Le pronostic de la néphrite blennorrhagique sera relativement bénin, sa gravité ne consistant guère qu'en ce qu'elle a peu de tendance à disparaître spontanément et entièrement ».

CHARLES ROCHE, dans sa thèse Nancy 1895 : *Quelques considérations de la période initiale de la blennorrhagie*, étudie les complications rénales de la période initiale de la blennorrhagie, établit, que en moyenne 1 sur 15 blennorrhagiques présente des urines albumineuses, que cette albuminurie, toujours en quantité minime, se révèle d'une manière transitoire et passagère, sans que rien la fasse soupçonner, et sans paraître nuire à la santé générale. Pour lui, la présence de l'albumine dans l'urine, ne suffit pas à dire qu'il y a une affection rénale, car on rencontre également des traces d'albumine dans bien d'autres affections, sans qu'il y ait lieu pour cela d'en tirer un pronostic défavorable.

Parmi les étrangers, *Neumann* dit textuellement, que l'appareil rénal peut être touché, sans lésion des organes intermédiaires.

ZEISSL, cite la néphrite aussi bien au début que dans le cours de la blennorrhagie (*Lehrbuch der syphilis und der örtlichen venerischen krankheiten. Stuttgart, 1888*).

VON BREITENSTEIN dans *Wienermed. Wochensch.*, 1893, cite une observation de pyélo-néphrite consécutive à une blennorrhagie aiguë.

FURBRINGER, dans son *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, s'explique ainsi : « La pyélite blennorrhagique mérite quelque considération spéciale, j'entends la forme aiguë et non pas celle qui, après plusieurs années, se développe consécutivement à des rétrécissements de l'urèthre et à la fermentation ammoniacale des urines. C'est certainement un effet du hasard, vu la rareté de cette complication de la blennorrhagie que nous ayons pu observer à peu d'intervalle les uns des autres, toute une série de cas de ce genre, de nature non douteuse, puisque le diagnostic était fondé sur la découverte des moules de canaux collecteurs et sur le caractère des urines. » En ce qui concerne le processus symptomatique, *M. Furbing*er, d'accord avec *Zeissl* et *Tarnowsky* dit : « que dans la totalité des cas, il y a eu de la cystite prémonitoire, une explosion subite de fièvre annoncée par des frissons, une douleur vive dans le côté atteint, de la sensibilité à la pression de la région rénale, une marche aiguë se comportant par journées, il survient également des vomissements abondants et une céphalalgie intense.

FINGER, dans son livre : *Blennorrhagie et ses complications*, est plus exigeant pour le diagnostic. D'après lui, pour

parler de néphrite, il faut trouver des cylindres et de l'épithélium rénal.

M. BERTHOLD-GOLDBERG (dans *Monatshefte für praktische Dermatologie*, vol. XXIII, Leipzig, 1896), dit : que pour lui il y a deux espèces d'albuminurie comme complication rénale de la blennorrhagie : *albuminurie fausse* et *albuminurie vraie*.

Ils soutient que dans une série de cas de pyurie blennorrhagique, l'albuminurie même très prononcée est fausse et doit être attribuée à la teneur en *albumine de serum purulent*.

Pour ce qui est de ces cas, ses recherches ont relaté que :

1° Les urines comportant beaucoup de pus, renferment beaucoup d'albumine dans l'urine filtrée ; celles qui en comportent peu, en renferment peu aussi.

100.000 cellules de pus 1 1/2 0/00 d'albumine.

40.000 — — 1/2 0/00 —

12.000 — — 1/5 0/00 —

2° Dans un cas donné, la teneur en albumine et en pus, augmente et diminue également.

3° Les portions des urines d'une même miction, différant entre elles sous le rapport de la teneur en cellules, diffèrent également entre elles sous le rapport de la teneur en albumine.

4° La proportion entre la quantité de pus et la teneur en albumine correspondent à la proportion signalée n° 1.

La cause de vraie albumine dans la blennorrhagie est presque toujours due suivant M. Goldberg, à une lésion du paren-

chyme rénal ; elle peut s'effectuer : 1° par ascension de l'inflammation, par la vessie, l'uretère, le tissu rénal, les tubes urinifères ; 2° par métastase, par le sang. Pour M. Goldberg les balsamiques ne sont pas non plus la cause de ces albuminuries, car celles-ci se produisent sans ceux-là ; elles disparaissent grâce à eux, bien que l'usage exagéré des balsamiques puisse déterminer la production. A la fin, il fait la conclusion suivante :

L'albuminurie vraie s'observe dans 12 0/0 des cas de blennorrhagie. Elle peut, au plus, dans 2 ou 3 0/0 des cas, être considérée comme une affection par continuité de tissu, une cysto-urétéro-pyélo-néphrite.

Pour 5/6 des cas d'albuminurie, il n'y a guère d'autre explication qu'une néphrite blennorrhagique métastatique.

Le gonocoque parvient dans le rein, après avoir pénétré dans le sang, comme d'autres maladies infectieuses. De même, la blennorrhagie provoque parfois des néphrites bactériennes ou toxiques.

Le pronostic de l'albuminurie, au cours de la blennorrhagie aiguë est, suivant M. Goldberg, généralement bénin, en tant qu'elle disparaît au bout de quelques semaines, sans avoir d'autres conséquences. Lorsque la blennorrhagie devient chronique, l'albuminurie peut rester en faible quantité et n'affecte pas sensiblement le patient, ou bien elle est dès l'abord considérable, peut persister, et conduit par là à la néphrite chronique, à la mort.

Cependant cette dernière éventualité est rare, cela tient à ce qu'en même temps qu'une albuminurie grave accompagnant une blennorrhagie aiguë, il se déclare d'autres symptômes qui obligent le patient à garder le lit et à se soigner.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE

La fréquence de l'albuminurie dans les phases aiguës de la blennorrhagie, et surtout à l'occasion des accidents qui peuvent survenir au cours de cette maladie, mérite de fixer l'attention.

A notre connaissance, il y a trois statistiques qui mentionnent la fréquence de cette complication dans la blennorrhagie ; celle de notre maître, M. Balzer, publiée en 1892 dans les *Annales de dermatologie et de syphilographie*, et dans la *Semaine médicale*, 1893 ; celle de M. B. Géraud, médecin-major de 1^{re} classe, publiée dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaire* 1892, et en dernier lieu, celle de M. Goldberg, dans *Monatshefte für praktische Dermatologie*.

Nous ne pouvons mieux faire que de les citer en entier.

I. Statistique de M. Balzer.

MM. Balzer et Souplet, dans leurs travaux sur les complications rénales de la blennorrhagie aiguë en 1892, quand ils parlent pour la fréquence de l'albuminurie, disent :

« Le nombre total des malades qui ont été soignés dans les salles du service comme atteints de blennorrhagie s'est

élevé à 424. Après examen le plus minutieux, nous n'avons trouvé sur ce total que 4 cas où l'albuminurie était en relation si étroite avec l'hématurie due à la cystite, qu'il nous a semblé presque impossible de dire quelle était la valeur exacte de l'albuminurie pour ces faits particuliers.

Cette réserve faite, le nombre des cas où l'albuminurie a été constatée est de 99. Ce total brut ne tient compte ni de l'intensité, ni de la durée, ni de la concomitance d'autres symptômes, la cystite par exemple. Toutefois ces symptômes surajoutés ne sont le plus souvent que de faible importance ; bien plus ils ne sont pas fréquents et ce n'est pas sans une certaine surprise que, malgré notre interrogatoire toujours porté sur ce point spécial, nous n'aurons relevé que 16 fois la co-existence de la cystite à symptômes nettement accusés.

Le chiffre de 99 albuminuriques se décompose, si l'on ne tient compte que de concomitance de l'orchite avec la blennorrhagie, de la façon suivante :

Blennorrhagie avec orchites	73
Blennorrhagie simple	26

Ce même total général, en faisant entrer en ligne les 16 cas cystite donne :

Blennorrhagie avec orchites	62
Blennorrhagie simple	21
Blennorrhagie avec orchite et cystite	11
Blennorrhagie simple et cystite	5

Remarquons que si le nombre des faits d'albuminurie liée à la blennorrhagie simple est relativement peu élevé, il faut

considérer que ces derniers cas sont beaucoup moins souvent hospitalisés. Ajoutons que ces malades sont atteints depuis peu de temps, qu'ils sont tous jeunes et que, à part les blennorrhagies antérieures, ils n'ont pas, sauf deux ou trois exceptions, ces antécédents urinaires, dus aux rétrécissements qui auraient pu motiver une intervention chirurgicale quelconque, avant qu'ils aient été soumis à notre observation.

La proportion d'albuminuries au cours de blennorrhagie pour les malades hospitalisés a donc été de 23 0/0.

Mais, si nous faisons abstraction des malades atteints simultanément de syphilis secondaires intenses et, surtout, si nous négligeons ces faits nombreux où l'albuminurie ne se manifeste par aucune réaction appréciable et ne dépasse pas 4 jours de durée, il se trouve que nous devons encore retrancher 45 cas. Ces 45 cas qui comprennent 7 cas avec cystite sont, pour ainsi dire, de faible valeur. Ils se trouvent détaillés dans les deux tableaux suivants :

1° En tenant compte exclusivement de l'orchité.

Blennorrhagie avec orchite,	31
Blennorrhagie simple,	14

2° En tenant compte de la cystite.

Blennorrhagie avec orchite,	26
Blennorrhagie simple,	12
Blennorrhagie avec orchite et cystite	5
Blennorrhagie simple et cystite,	2

Le total de cas restants s'élève à 54 ; c'est à ce dernier groupe que nous emprunterons les faits dont nous parlerons plus loin.

Comme pour le groupe des cas de faible intensité, il peut se subdiviser de la façon suivante :

1^o En tenant compte exclusivement de l'orchite.

Blennorrhagie avec orchite, 42

Blennorrhagie simple, 12

2^o En tenant compte de la cystite :

Blennorrhagie avec orchite, 36

Blennorrhagie simple, 9

Blennorrhagie avec orchite et cystite 6

Blennorrhagie simple et cystite, 3

C'est ce dernier total de 54 observations qui fait maintenir à 12 0/0 l'évaluation que MM. Balzer et Souplet font des cas d'albuminurie accompagnant la blennorrhagie.

Les examens d'urine ont été faits par le procédé ordinaire : les urines sont filtrées et traitées par l'acide acétique, puis chaque fois et séparément par l'acide azotique et par la chaleur s'il y a le moindre doute, on pratique sur le champ un nouvel examen, avec l'urine d'une seconde miction. Si l'albuminurie est en très faible quantité, l'urine est examinée tous les jours. C'est aussi pour éviter toute contestation à ce sujet qu'on n'a pas tenu compte de nombreux cas où l'albumine n'a été notée qu'à l'état de trace. Il est facile, en filtrant l'urine d'éviter la cause d'erreur qui tient à la présence du pus. Cependant d'après M. Balzer on a beaucoup exagéré cette cause d'erreur, car après avoir fait un nombre assez grand d'examen d'urines purulentes, il pense aujourd'hui qu'elle n'a pas toute l'importance qu'on lui attribue. Très souvent il voyait

chez les sujets atteints de cystite des urines à dépôt purulents qui ne donnaient pas la réaction d'albumine ; et d'un autre côté, chez les sujets atteints à la fois de cystite et d'albuminurie il voyait les dépôts purulents persister encore en abondance, alors que l'albuminurie ne se trouvait déjà plus dans l'urine filtrée, la quantité d'albumine exsudée à la surface des muqueuses qui suppurent est insignifiante quand le réactif la décele franchement dans l'urine, elle vient du rein.

Enfin chaque fois que le malade avait pris antérieurement des balsamiques, les urines ont été traitées par l'alcool absolu, l'ammoniaque ou l'éther, de façon à dissoudre les précipités balsamiques.

A la fin MM. Balzer et Souplet se résument ainsi : *l'albuminurie est fréquente*. Bien que les blennorrhagiques qu'il nous est donné d'observer à l'hôpital soient peut-être un peu plus graves que pour la moyenne des malades de la ville, cette fréquence est plus grande que nous ne l'avons dit précédemment et justifie de plus en plus ce que nous avons avancé de la nécessité de faire plusieurs fois l'examen de l'urine pendant la blennorrhagie.

En 1893 sur un nombre total de 777 cas de blennorrhagie, notre maître a trouvé 131 cas de malades présentant de l'albuminurie.

II. — *Statistique de M. Géraud.*

M. C. B. Géraud, dans son travail sur l'albuminurie dans les affections vénériennes, publié dans les *Archives de médecine*

cine et de pharmacie militaire, 1893, nous présente un relevé de 108 malades atteints de blennorrhagie dont la complication avec l'albuminurie se décomposent de la façon suivante :

Blennorrhagie à l'état aigu	65
Orchite simple suite de blennorrhagie aiguë	18
Orchite double suite de blennorrhagie aiguë	13
Blennorrhagie à l'état chronique	12

Sur 65 cas, 2 cas se sont compliqué d'albuminurie

— 18 cas, 1 cas	—	—
— 13 cas, 9 cas	—	—
— 12 cas, 4 cas	—	—

Cette statistique diffère un peu de celle de notre maître, mais il est facile d'y reconnaître la fréquence de l'albuminurie, surtout dans les cas compliqués d'orchite.

III. — *Statistique de Goldberg.*

M. Goldberg de Cologne dans *Monatscheff für praktische, dermatologie*, 1896, sur l'albuminurie dans la blennorrhagie, a trouvé, sur 70 cas de blennorrhagie, 11 cas de l'albuminurie vraie rénale ; sur ces 70 cas il y avait 50 cas de blennorrhagie aiguë avec 5, peut être 7 cas d'albuminurie. M. Goldberg conclut que, suivant lui, la fréquence de l'albuminurie au cours de la blennorrhagie aiguë est de 12 0/0, chiffre semblable à celle des auteurs cités plus haut.

Nos 22 observations de blennorrhagie compliquées par l'albuminurie se décomposent de la façon suivante :

Blennorrhagie avec orchites,	3 cas
Blennorrhagie simple,	4 —
Blennorrhagie avec orchite et cystite,	4 —
Blennorrhagie avec cystite sans orchite,	11 —

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Recherchons actuellement les circonstances dans lesquelles s'est produite la complication rénale dans la blennorrhagie aiguë et tâchons de saisir parmi ces circonstances celles qui pourraient être à juste titre accusées d'en avoir été la cause.

Une première circonstance est frappante : dans toutes nos observations, les malades sont des hommes. Ce fait, qui peut paraître surprenant au premier abord, vu la disposition identique des voies urinaires chez l'un et l'autre sexe, cadre cependant avec ce que l'observation apprend de la blennorrhagie de la femme.

L'expérience montre, en effet, que la femme est beaucoup moins sujette que l'homme aux complications rénales de la blennorrhagie aiguë.

Dans nos 22 observations de malades qui avait de l'albuminurie au cours de la blennorrhagie, nous trouvons 7 cas d'orchite, chiffre relativement faible en comparaison avec celle de la statistique de M. Balzer et Souplet et de M. Géraud, néanmoins on voit que l'orchite a joué ici un rôle assez marqué.

De même, sur ces mêmes observations nous trouvons 11 cas de cystite, chiffre beaucoup plus fort en comparaison avec celui des auteurs cités plus haut. Cependant il est juste

de remarquer qu'entre ces 11 cas, au moins dans 1/3 de cas la cystite est à peine accusée.

Dans 4 cas, nous voyons l'association de ces deux complications, cystite et orchite comme cause prédisposante de l'albuminurie, sans qu'on puisse faire part de ce qui revient à l'un ou à l'autre dans la genèse de cette affection.

Enfin, dans 4 cas, il n'y a ni orchite ni cystite. D'après la statistique citée plus haut et d'après nos observations, il semble que, dans la blennorrhagie simple non compliquée, l'albuminurie par infection générale est moins fréquente.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de l'albuminurie au cours de la blennorrhagie a été discutée par plusieurs auteurs. Pour M. Finger, le besoin d'uriner dans le cas de cystite se complique d'une occlusion, spasmodique de l'urethère et par là se déclare un engorgement d'urine en arrière qui détermine une diminution relative de la « pression sécrétoire » dans le rein et enfin cette diminution provoque, suivant la théorie de Rumberg, une albuminurie. A cela M. Goldberg objecte qu'il n'existe pas de symptôme d'un engorgement énergique et persistant tel, que son action pourrait aller jusqu'à déterminer des altérations de la circulation sanguine dans le tissu rénal, et même, en supposant que cette action puisse s'exercer, il ne demeure pas moins vrai que l'élévation de la pression exercée du côté des voies urinaires ne pourrait agir que de façon à déterminer un engorgement veineux aussi bien qu'une diminution de la pression artérielle dans les reins, et qu'il se formerait une urine analogue à celle qu'on observe dans l'insuffisance

cardiaque. Pour lui, le besoin d'uriner ne peut pas être une cause d'albuminurie puisque :

1° Dans une série de cas où il existe un besoin d'uriner tout à fait excessif, où le patient urine toutes les 10 à 15 minutes, il n'existe pas d'albuminurie vraie, il n'en existe pas même de fausse, lorsque la quantité de pus est suffisamment faible.

2° Si le besoin d'uriner était la cause d'élimination de l'albumine, il faudrait qu'il existât une certaine proposition entre l'intensité du besoin d'uriner et le degré d'élimination de l'albumine. Mais ce n'est pas le cas. L'un a 3 0/0 d'albumine et urine toutes les heures ou toutes les 2 heures ; L'autre urine tous les quarts d'heure et n'a que 1/10 0/00 d'albumine.

Pour M. Goldberg il y a deux causes pathogéniques : 1° Dans 5/6 des cas d'albuminurie il n'y a guère d'autre explication qu'une néphrite blennorrhagique métastatique ; 2° Dans le reste des cas l'albuminurie doit être considérée comme une affection par continuation, une cysto-urétéro-pyélo-néphrite.

Avec MM. Balzer et Souplet nous admettons deux modes pathogéniques bien distincts de cette albuminurie.

1° Albuminurie par infection locale ascendante.

2° Albuminurie par infection générale.

Dans la première forme, la blennorrhagie envahit les voies urinaires, se propage par continuité et provoque l'urethro-cysto-pyélo-néphrite. L'uretère est forcée à son embouchure par suite de la rétention d'urine dans la vessie, ou de contractions vésicales trop fortes et trop fréquentes. Il se produit à la fois de la dilatation de l'uretère, de la stagnation de l'urine et

son reflux facile dans le bassin. » (Balzer). Dans nos observations n° 2, 3, 4, 5, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 22, on voit que l'ascension a été assez nette. C'est par l'intermédiaire d'une cystite blennorrhagique que l'uretère et les reins ont été pris. Malheureusement les examens bactériologiques manquent ; et à part unique l'autopsie de Bockhart, dans laquelle on aurait trouvé des gonocoques dans les reins, il est très difficile de savoir s'il s'agit d'une infection spéciale gonococcique ou si nous nous trouvons en présence d'une manifestation blennorrhagique combinée ou surajoutée.

MM. Albarran, Hallé, Clado, ont trouvé les agents pathogènes pour les vrais urinaires, (les rétrécis, les caculeux) ce sont les bactéries pyogènes : d'autres microbes pathogènes lui peuvent être associés, streptocoque pyogène, staphylocoque, etc. Mais pour les blennorrhagiques les études bactériologiques sont moins avancées et l'on ne sait pas quelle part revient au gonocoque ou aux microbes de l'infection secondaire.

Dans la seconde forme, il n'y a plus d'infection ayant son point de départ dans la vessie, mais au contraire, le rein n'est touché que par l'intermédiaire de la circulation, sa pathogénie est d'une autre nature : « l'infection générale a pour point de départ les régions envahies par la blennorrhagie, l'urèthre, les voies différentes, l'épididyme, la tunique vaginale. Il y a là de vastes surfaces enflammées, qui peuvent être le point de départ d'une infection générale avec localisation rénale ultérieure, la fréquence et l'importance de l'albuminurie au cours de l'orchite justifient cette manière de voir » (Balzer et Souplet). Dans les observations n° 9, 13, 14, on voit que le point de départ de cette albuminurie

a été l'orchite. C'est dans l'oréhiie que l'albuminurie la plus remarquable ait été vue, soit dans la première atteinte, soit dans les récidives. La statistique de notre maître et celle de Géraud montrent cette grande fréquence. Il existe donc une relation entre l'orchite et l'albuminurie.

Toutefois dans quelques cas, comme dans nos observations n° 1, 7, 21, il n'y a ni orchite, ni cystite, et le malade présente tous les symptômes d'une néphrite aiguë, dans ce cas là encore l'infection générale a eu pour point de départ l'urèthre qui a été la région d'abord envahie par la blennorrhagie.

Enfin chez un grand nombre de malades, les manifestations rénales reconnaissent un mode pathogénique mixte et sont dues aussi bien à une propagation ascendante qu'à une altération des reins par infection générale blennorrhagique. Dans nos observations n° 10, 11, 6, 8, on voit que l'albuminurie peut être attribuée à ces deux causes.

Dans l'observation n° 8, tirée de la thèse de Luxcey, nous voyons que suivant lui, les manifestations du côté de l'état général, telles que les rhumatismes, l'albuminurie, étaient considérées comme indépendantes, provoquées par le développement de la blennorrhagie chez un rhumatisant, les diverses complications articulaires ou viscérales qui se produisaient au cours de la blennorrhagie, dépendaient du rhumatisme spécial qu'elle avait provoqué ; pour lui, l'albuminurie était plutôt rhumatismale que blennorrhagique. Aujourd'hui, la relation qui existe entre la blennorrhagie et ses complications éloignées nous paraissent plus étroites ; l'infection blennorrhagique domine tout, les localisations du côté des viscères et des membres, empruntent ou non la forme rhu-

matismale, mais toutes ces complications viennent de la blennorrhagie (Balzer).

Les balsamiques ont été accusés de provoquer la néphrite. On sait que la térébenthine, le copahu, le santal, peuvent donner de l'albuminurie (Wagner, Reinhard, Tood, Gaucher). Cependant, l'albuminurie due aux balsamiques est rare. Dans notre observation n° 17, *Néphrite nerveuse au cours d'une blennorrhagie, par M. Arnozan*, l'hypothèse d'une néphrite due aux balsamiques est discutée et rejetée pour des raisons expliquées dans cette observation ; dans l'observation n° 20, sur un cas d'albuminurie d'origine blennorrhagique, M. Rendu croit que l'albuminurie a été peut-être influencée par les balsamiques, mais qu'elle relève d'une infection ascendante par les gonocoques. Comme nous l'avons remarqué dans notre exposé historique, déjà Luxcey, dans sa thèse, disait que cette complication n'a pas besoin pour son développement, de l'influence copahivique.

La plupart des malades qui arrivent à l'hôpital Ricord n'ont subi aucun traitement et, chez plusieurs de ces malades, on a trouvé de l'albumine dans les urines. Bien plus, chaque fois que l'albumine n'existait qu'à l'état de traces dans les urines, les malades ont continué à prendre de l'opiat, du copahu et cubèbe et, malgré cela, l'albumine a disparu assez rapidement. L'apparition même d'un érythème copahivique n'a pas empêché cette disparition de l'albumine de demeurer définitive. Observation n° 9. On a donc exagéré l'influence nuisible due aux balsamiques.

Dans la blennorrhagie, dit Berlioz, « l'urine renferme des gonocoques, mais très exceptionnellement, cette maladie s'accompagne d'une néphrite due à ces organismes. » On ne sait

pas quel est l'agent pathogène de l'altération rénale ; peut-être s'agit-il du coli-bacille, mais cela n'est pas certain.

« Le gonocoque peut aussi sécréter des toxines, lesquelles, entraînées par la circulation générale, seraient éliminées par le rein et produiraient une altération de l'épithélium rénal » (Balzer).

Enfin, en terminant notre exposé pathogénique, nous allons citer les conclusions de M. Souplet dans sa thèse : « Toutes les complications attribuées à la blennorrhagie ne sont pas dues au gonocoque ; il est très probable que ces complications sont dues souvent aux microbes qui l'accompagnent. Mais, d'autre part, il n'est nullement démontré que tous les accidents observés au cours de la blennorrhagie soient forcément para-blennorrhagiques ; il n'est pas davantage démontré que les complications de la blennorrhagie ne puissent, pour une grande partie, relever de l'infection générale ».

CHAPITRE V

ÉTUDE CLINIQUE

Dans notre étude clinique, nous allons suivre les deux modes pathogéniques de l'infection rénale dans la blennorrhagie.

1° Néphrite ascendante.

2° Néphrite par infection générale blennorrhagique.

Néphrite ascendante. — C'est au cours d'une cystite douloureuse qui s'accompagne de tenesme vésical de stranguerie et d'une rétention d'urine plus ou moins prononcée, que débute cette forme de néphrite. Dans nos observations de néphrite consécutive de cystite, on voit que le début n'est pas toujours le même.

1° Quelquefois, le plus rarement, comme c'est le cas dans les observations n^{os} 2, 17, 18, elle a un début brusque, s'annonce par des frissons avec douleur rénale, une élévation de température qui atteint 39 à 40°, puis ce sont des vomissements répétés ; le malade est en proie à de l'agitation, à de l'insomnie, des sueurs abondantes, il a tous les signes indiquant l'invasion subite de l'organisme par une infection. Ce début brusque de néphrite ascendante a été décrit par Vidal de Cassis, Rosenstein, Murchison, Balzer.

2° Le plus souvent au contraire, comme c'est le cas dans le reste de nos observations de néphrite ascendante, le début

est insidieux, c'est par de petits frissonnements insignifiants que l'infection commence. La douleur spontanée de la région rénale peut exister d'un seul côté ou des deux, cette douleur peut même manquer (obs. 22) et il est nécessaire de la rechercher. Le malade accuse de la sensibilité à la pression lorsqu'on palpe la région abdominale ou l'espace costo-iliaque. Chez certains sujets, il est possible de percevoir la tuméfaction du rein, mais c'est un signe inconstant. Suivant M. Haller, on peut quelquefois percevoir une distention d'uretère correspondant par l'exploration abdominale ou rectale.

Les signes d'embarras gastrique pour lesquels M. Balzer a attiré l'attention, sont très fréquents. La langue est blanche et saburrale, l'appétit est presque nul, il y a des vomissements plus ou moins abondants, de la diarrhée et l'état du tube digestif, comme l'a dit Tuffier traduit souvent d'une manière précise l'état des reins. Avec cela un mauvais état général, céphalalgie, affaiblissement. Tel est l'ensemble des symptômes que présentent ces malades.

En général, au cours de la blennorrhagie aiguë, les cas graves sont rares et on assiste à une diminution rapide de la quantité de pus et d'albumine dans l'urine comme dans la plupart de nos observations de néphrite ascendante; mais les rechutes sont fréquentes.

La quantité de l'urine émise est diminuée dans les débuts aigus de la pyélo-néphrite, mais cette diminution n'est que passagère, et ordinairement, il existe de la polyurie. Le malade rend au moins 1500 à 2000 gr. d'urine par jour; seulement s'il est mis au régime lacté, ou s'il prend des boissons diurétiques, on peut difficilement se rendre compte de sa valeur.

Nous ne dirons rien sur la manière de pratiquer l'examen

de l'urine, ni sur les précautions à prendre pour éviter les erreurs possible. Nous avons parlé de cela dans le chapitre. « Fréquence ». Ici nous allons étudier successivement l'albuminurie et le dépôt urinaire ; pour cela, nous allons nous baser surtout sur nos observations 2, 3, 4, 5, 8, qui sont très détaillées à ce sujet. La quantité d'albumine par litre est dosée après la filtration de l'urine, dans la plupart de ces observations, l'examen des urines est fait séparément pour chacune des deux portions, le nombre des cellules de pus et des cellules de sang est mesuré par millimètre cube, les recherches sont faites dans le dépôt urinaire sur la présence de cylindres rénaux et de microorganismes.

L'albuminurie se trouve parfois dans l'urine en quantité plus grande que le ferait supposer le dépôt purulent de l'urine non filtrée. Dans l'autre cas, il y a une grande quantité de dépôt, et l'on ne rencontre que peu ou même pas d'albumine. L'albumine que l'on trouve dans ce cas est rétractile, ce qui prouve bien son origine rénale (Bouchard). Néanmoins il est utile de rechercher dans le dépôt la présence des cylindres.

L'urine par le repas se sépare en deux couches : l'inférieure composée d'un dépôt nettement purulent, l'autre supérieure, moins purulente est constitué par un liquide louche : ce sont les urines rénales (Gyon).

La caractéristique de cette manifestation rénale de la blennorrhagie comme l'a si bien indiqué M. Balzer, est la pyurie, mais elle présente de l'intermittence. Les urines sont claires, puis le lendemain ou quelques jours plus tard, il se produit une décharge purulente.

Dans le pus on trouve des microorganismes de nature dif-

férente. Ce sont d'abord des ganocoques qui proviennent de l'urèthre et de la vessie, comme c'est le cas dans l'observation n° 6, mais le coli-bacille et le streptocoque sont les microbes pathogènes de cette affection. D'après Albarran, dans 25 cas le coli-bacille existait seul 16 fois ; dans 2 cas seulement le streptocoque était seul et 7 autres fois on avait affaire à une infection mixte due au coli-bacille associé au streptocoque à divers microorganismes ou à des bacilles.

Le dépôt urinaire est constitué par des leucocytes et quelquefois par des globules rouges (observation 19). L'hématurie vraie est très rare ; le plus ordinairement comme c'est le cas dans l'observation n° 6, on rencontre du sang intimement mélangé à l'urine. A côté des globules sanguins, on trouve des cellules rondes ou polygonales, provenant du bassin et des globules blancs ; mais leur présence est inconstante, et leur forme caractéristique n'a pas une valeur diagnostique suffisante (Balzer). Au contraire, la présence de cylindres hyalins ou épithéliaux et granulo-graisseux ont une valeur diagnostique beaucoup plus grande (observations n° 5, 22), et c'est grâce à leur présence que, dans l'observation 8 M. Letulle a pu affirmer l'existence d'une néphrite parenchymateuse.

Néphrite par infection générale.

Dans cette classe de néphrite sont rangés les cas d'albuminurie qui sont survenus chez les blennorrhagiques sans que les phénomènes de cystite se soient manifestés auparavant, par conséquent sans qu'on puisse invoquer un mode de propagation ascendant pour expliquer leur production. On l'observe aussi bien dans la blennorrhagie simple que dans celle qui est compliquée d'orchite, de rhumatisme, etc.

Dans nos observations de néphrite par infection générale on voit qu'elle présente plusieurs degrés.

Quelquefois comme c'est le cas des observations n° 9, 14, c'est une forme légère qui reste ordinairement latente, et qui passerait complètement inaperçue, si l'on ne pratique pas l'examen de l'urine. On voit ces faits assez souvent, surtout au cours de l'orchite plus rarement dans les blennorrhagies simples. Dans tous les cas on trouve une albuminurie plus ou moins considérable ; sa présence dure quelque jours ou même simplement quelques heures. Dans les cas les plus bénins le repos au lit suffit pour la faire disparaître. Dans les cas un peu plus graves, on la voit persister pendant huit jours et plus.

Il n'y a presque aucun autre symptôme qui puisse mettre sur la voie du diagnostic et cet état resterait absolument latent sans l'examen de l'urine.

Dans une forme plus grave on constate des symptômes plus accusés ; un de ces symptômes le plus souvent rencontré qui a été signalé à différentes reprises par M. Balzer est l'embarras gastrique plus ou moins intense, langue saburrale avec enduit épais et blanchâtre. Pour M. Balzer ces symptômes ont une grande valeur diagnostique et suffisent souvent pour attirer l'attention du côté des urines. La céphalalgie est habituelle et s'accompagne d'une fièvre pouvant atteindre 38° à 39° ; en même temps grand abattement, dépression générale, état presque typhoïde comme dans le cas de l'observation 13. Le malade est souvent pâle, anémique se plaint de douleur rénale, ou plutôt de courbature lombaire. L'albuminurie est abondante mais souvent irrégulière dans sa quantité, pendant le cours de l'affection, elle peut s'élever jusqu'à 2 à 3 gr. par li-

tre. Ordinairement il n'y a pas d'œdème. Enfin tant que, dure cet état, les urines restent claires et l'on ne constate aucun signe de cystite. Cette forme dure de 2 à 4 semaines puis au bout de ce temps tous les signes disparaissent.

Dans une troisième forme cette néphrite rappelait par sa symptomatologie celle de mal de Brigh (Balzer) observations 1. 7. 21. Nous ne connaissons pas de cas plus typique de néphrite aigue blennorrhagique par l'infection générale que celui qui fait le sujet de notre observation 1 ; on voit que les malades de cette forme de néphrite ont des œdèmes multiples, ou bien même de l'anasarque généralisé, le tableau du début est celui de la néphrite parenchymateuse aiguë avec diminution de la quantité des urines, laquelle peut tomber à 500 gr. par jour comme c'est le cas dans l'observation 7, la quantité d'albumine peut s'élever à 7-8 jusqu'à 10 gr. par litre. On peut même percevoir dans ces cas un bruit de galop cardiaque (observation 7), la durée est indéterminée.

Il est impossible, étant donné l'état actuel de nos connaissances bactériologiques de savoir dans ce cas là, quel est le rôle du gonocoque et des microbes qui viennent s'associer à lui. Cependant, on peut conclure de l'étude de ces faits qu'ils établissent d'une manière incontestable la possibilité de l'infection du rein par l'intermédiaire de l'infection générale sans propagation ascendante.

Maintenant, on peut se demander si ces malades ne sont pas des blennorrhagiques, chez lesquels le mal de Brigh est survenu d'une manière intercurrente, à la rigueur, cela est possible ; cependant, nous pouvons dire avec M. Balzer qu'étant donné que le mal de Brigh est le résultat d'une infection, pourquoi cette infection ne serait-elle pas occasionnée

elle-même par la blennorrhagie ? Pourquoi cette infection ne s'associerait-elle pas à la blennorrhagie comme le font celles qui sont dues au coli-bacille ou aux microbes pyogènes ? La blennorrhagie crée du côté des voies urinaires, une large porte d'entrée aux infections ; il est rationnel de lui attribuer un rôle aussi important que celui du froid et d'autres causes, dont l'action est souvent invoquée, mais rarement démontrée dans l'étiologie du mal de Bright. Tout semble démontrer, en effet, que le gonocoque favorise les infections combinées.

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, TRAITEMENT.

Diagnostic. — Le diagnostic de pyélo-néphrite d'origine blennorrhagique doit se faire dans la forme d'origine ascendante, consécutive à une cystite, et dans celle des néphrites par infection générale.

Tout d'abord, il est nécessaire d'examiner les urines de tous les blennorrhagiques à leur période de début ; cet examen en cas d'albuminurie, donne en grande partie la mesure de l'étendue de l'infection et est ainsi la source d'indications précieuses pour le diagnostic et le traitement.

Il faut examiner les urines à l'occasion d'une complication locale de la blennorrhagie : comme cystite, prostatite, orchite. dans le cas de cystite, on voit que les malades se plaignent de douleurs rénales plus ou moins fortes, il y a de la polyurie, de la pyurie et en examinant les urines après filtration on trouve de l'albuminurie en quantité plus ou moins considérable. Il est tout à fait exceptionnel de trouver la tuméfaction rénale.

Le diagnostic de néphrite par infection générale sans pyélite se fait uniquement par l'examen de l'urine ; quand l'urine d'un blennorrhagique est claire on n'est pas toujours porté à l'examiner ; cependant quelques signes doivent pousser à pratiquer cet examen : ce sont dans *les cas légers* les blennorrhagies anciennes, l'orchite et surtout les change-

ments dans l'état général, notamment l'embarras gastrique, dans le cas plus grave l'œdème et l'anasarque. Il est fréquent de trouver dans ces cas de l'albumine dans les urines.

Pronostic. — Le pronostic de l'albuminurie est habituellement favorable ; très souvent elle dure quelques jours et disparaît par le repos sans laisser de trace.

Le pronostic est plus grand pour le cas de cysto-pyélonéphrite ; il survient une certaine amélioration par le traitement, mais une seconde infection blennorrhagique est suivie d'une rechute comme le cas, observation n° 18, dans certains cas, elle prend dès le début, une forme chronique avec douleur lombaire, troubles digestifs, etc., et avec toutes les conséquences d'une néphrite chronique, observations 8, 22. Dans le cas d'albuminurie par infection générale, le pronostic est bénin, elle disparaît au bout de quelques jours par le traitement, observations 9, 14. S'il y a en même temps de l'œdème et de l'anasarque le pronostic est plus grave observations 1, 7, 24). On voit que chez ces malades, l'albuminurie cesse bien assez facilement au traitement mais les rechutes ne sont pas rares.

Enfin quand un malade a eu une blennorrhagie et présente une affection rénale, il est logique de se demander, si cette blennorrhagie n'est pas pour quelque chose dans son affection rénale et pour cela d'examiner soigneusement l'urine, rechercher les filaments, etc.

Traitement. — Nous n'avons pas grand chose à dire sur le traitement de la néphrite blennorrhagique, c'est celui de toutes les néphrites aiguës. La base du traitement est le ré-

gime lacté, mitigé dans les cas bénins, absolu dans les cas intenses; on y ajoute l'usage des boissons diurétiques et alcalines, quand il existe des douleurs à la région rénale, les révulsifs sont indiqués : ventouses sèches ou scarifiées, teinture d'iode, pointes de feu. Comme antiseptique urinaire à intérieur on donne le salol à la dose de 2 gr. par jour. Les soins hygiéniques ont une valeur presque aussi grande que celle des prescriptions médicamenteuses. Le malade sera soumis au repos, au lit; il devra éviter les refroidissements, la fatigue ou un excès quelconque.

Dans les cas de cysto-pyélo-néphrite, il faut traiter en même temps la blennorrhagie et la cystite suivant les indications. Si l'albuminurie est en quantité modérée, on peut prescrire l'opiat comme traitement anti-blennorrhagique sans craindre pour cela d'aggraver la maladie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le docteur BALZER.)

A. C..., âgé de 17 ans, entré le 13 septembre 1896, au n° 17, de la salle 8 à l'hôpital Ricard, dans le service de M. le docteur Balzer. C'est un jeune homme habituellement bien portant, d'aspect un peu lymphatique. La blennorrhagie a été contractée le 26 août; il ne s'en est aperçue que dans les premiers jours de septembre. Le 4 septembre il souffrait en urinant et il remarqua que le prépuce et le fourreau de la verge commençaient à se tuméfier. Il n'a jamais présenté à aucun moment d'érosions au prépuce ou au gland.

Il resta d'abord sans traitement, et ne se présenta que le 11 septembre à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où on lui donna une solution de bicarbonate de soude.

Il se présente ensuite à l'hôpital Ricard et il est reçu dans le service de M. Balzer avec le diagnostic suivant.

Blennorrhagie de 15 jours; phimosis avec suppuration et œdème inflammatoire du prépuce. Prescription: limonade au citron avec bicarbonate de soude (5 gr.) et salicylate de soude (1 gr.50); lait; 4^e degré comme alimentation; bains simples injections boriquées entre le prépuce et le gland.

Le 20 septembre, le malade remarque qu'il a la figure et surtout les paupières enflées. Le 21, à la visite on constate une

anarsaque généralisée, œdème très accusé aux organes génitaux, aux membres inférieurs et supérieurs, à la paroi abdominale, etc. A la face l'œdème a augmenté depuis la veille, avec une pâleur semblable à celle des brightiques. En interrogeant le malade, on apprend qu'il se sentait très affaibli depuis quelques jours ; l'appétit avait beaucoup diminué dès les premiers jours de l'écoulement ; depuis son entrée, il éprouvait de la pesanteur de tête et des envies de dormir irrésistibles même à table avec ses camarades. Pourtant l'examen de l'urine avait été fait au moment de son entrée et n'avait pas révélé l'existence de l'albumine. Il est bien certain que l'albuminurie et les œdèmes ne se sont produits que tout récemment. L'œdème du prépuce qui a pris de grandes proportions s'est développé il est vrai, dès le début de la blennorrhagie, mais semblait lié seulement à l'évolution de celle-ci.

On ne constate aucun signe d'une affection de cœur ou du poumon.

Les urines sont pâles, légèrement troublées par le pus de l'urétrite.

Leur quantité est à peu près normale. Le malade n'éprouve aucun signe de cystite ; pas d'envies fréquentes d'uriner, pas de douleurs à la fin de la miction. Si on le fait uriner dans plusieurs verres, le dernier verre ne contient qu'une urine claire et normale en apparence.

L'examen du pus urétral montre de nombreux gonocoques.

Prescription.— Bien que le malade ne présente actuellement aucune maladie générale, on prescrit le repos au lit. En outre, régime lacté absolu.

Le premier dosage de l'urine ne fut fait que le 24 septembre, d'après le procédé d'Esbach ; l'urine contenait 6 gr. d'albumine par litre.

Mais, dès le lendemain, elle n'en contenait plus que 1 gr. 50 et

le dosage fut le même jusqu'au 27 septembre, Du reste, depuis l'institution du régime lacté, l'anasarque a diminué rapidement, au scrotum, aux membres inférieurs, à la face, etc.

Le 27 septembre, l'urine ne contenait plus que 30 centigr. d'albumine et les jours suivants 25 centigr., sauf le 1 et le 3 octobre, où elle contient 50 centigr., après de petits écarts de régime. Jusqu'au 10 octobre, le dosage de l'albumine n'indique plus que 20 centigr., elle n'apparaît plus ensuite qu'à l'état de traces incertaines.

Après la disparition de l'albumine, le malade est remis progressivement au régime normal.

Dans les derniers temps, pour en finir avec la blennorrhagie qui traînait en longueur on lui a fait quelques lavages au permanganate de potasse à 1/4000.

Il sort complètement guéri de sa blennorrhagie, le 10 décembre 1896.

L'examen microscopique plusieurs fois répété a montré la disparition définitive du gonocoque.

Après sa sortie de l'hôpital, il revient se faire examiner les dimanches pendant un mois et demi et on constate que la guérison complète se maintient parfaitement.

OBSERVATION II

(Traduit de *Wiener medizinisch Wochenenschrift*, 1893).

Pyrlo-néphrite blennorrhagique

La casuistique de cette affection est si pauvre jusqu'à présent, qu'un résumé de la marche d'un cas pareil mérite d'être communiqué :

Le 5 mai, l'an passé, vint à l'hôpital Magelang, pour être soigné, le caporal N..., Européen. Il a 22 ans, paraît bien portant, et se rappelle bien de n'avoir jamais été malade en Europe. Pendant son séjour de trois ans dans les Indes, il avait souffert de fièvre intermittente et gastrique et d'écoulement par les oreilles, mais n'a jamais été infecté par la blennorrhagie. Huit jours avant son admission à l'hôpital, il a été atteint par la fièvre deux jours de suite, qui pourtant ne l'empêchait pas (6 jours avant son entrée à l'hôpital) de pratiquer le coït. Depuis ce temps, il ne se sentait pas bien et dans la nuit du 4 à 5 mai, il fut pris de vomissements accompagnés de forte fièvre et douleurs du côté droit. Cette nuit il a dû sortir de son lit deux fois pour uriner.

A son admission dans l'hôpital, le patient avait de la fièvre (39,3-C.) sans que l'auscultation et la percussion des organes thoraciques montrassent des modifications notables. A la pression de l'hypochondre droit il accusait de telles douleurs que j'ai dû m'abstenir d'un examen prolongé et que l'existence d'une tumeur à cet endroit, restait non démontrée. La miction était douloureuse. Ce jour ce fut l'unique symptôme de sa chaude pisse.

Le 6 mai, les douleurs de la région d'hypochondrie droite étaient devenues moins fortes quoique la palpation de cette région restât tout aussi sensible que le jour précédent ; il avait uriné une seule fois dans la nuit ; la température était devenue subfébrile, (37,7 et l'urine ne contenait plus que 1/2 0/0 d'albumine.

Le 7 mai le patient avait une forte inflammation (fluxus) de l'urèthre. Les douleurs dans la région rénale étaient les mêmes qu'au jour précédent, et la température était tombée à 37,4.

L'urine qu'on avait laissée reposer 17 heures pour être examinée microscopiquement avait fortement déposé ; une partie en fut filtrée, et montra en contenu une forte quantité d'abumine (à peu près 1 %). Le dépôt sous le microscope contenant beaucoup de

globules blancs, quelques cristaux en forme d'enveloppe des nombreuses bactéries en forme de bâtonnets, mais pas de cylindres.

Le 9 mai, le patient prétend ne plus éprouver de douleurs, à la pression de la région rénale aussi le patient n'avait plus de « douleurs appréciables » La quantité d'urine pendant 24 heures était à peu près 1 litre. Ce jour aussi, les bruits cardiaques étaient purs. La température était fébrile et le pouls battait 72.

Le 11 mai, l'urine commença, (elle n'avait jamais été rougeâtre) à contenir moins d'albumine et à partir de ce moment le contenu en albumine de l'urine diminua de jour en jour, de sorte le 1^{er} juin on n'en trouva plus de trace avec les méthodes d'examen usuel.

Depuis le 14 mai, la sécrétion uréthrale devint moindre et cessa tout à fait le 17. En pressant sur l'urèthre on apercevait néanmoins une petite goutte grise.

Le 21 mai, le patient se plaignit de douleur après la miction. J'ai séparé l'urine dans deux verres. L'un des verres contenait de l'urine qui était un peu plus trouble que celle de l'autre. Depuis le 21 mai, cette petite différence disparut.

Le 1^{er} juin j'ai examiné l'urine cliniquement et microscopiquement. On y trouvait du mucus, mais pas trace d'albumine et cylindre. Le patient quitta l'hôpital le 27 juin sans fièvre, aucunes douleurs et avec l'urine normale.

La possibilité d'une infection aiguë par les gonocoques de Neisser, doit être acceptée à *priori*. Que cela arrive dans des cas, rares, il est facile à comprendre ; les bactéries trouvent dans le cours de l'urine et dans les mouvements péristaltiques de l'urèthre un obstacle pour leur marche de l'urèthre vers les reins ; on sait que les bactéries suivent la direction du courant d'air, du courant de la lymphe, du sang. Cet obstacle n'est pas grand. (D'après Londoï la pression de 10-40 Mgr. Hg. est suffisante pour

arrêter le cours de l'urine dans l'urèthre). Il est suffisamment fort, pour arrêter, une invasion des bactéries ; très rarement il est prouvé que les reins seulement sont infectés par les gonocoques de Neisser. D'un autre côté cette résistance devient négative dans les différents états pathologiques de la vessie. Si par exemple la vessie est vide les orifices des urethères ouverts et si accidentellement se trouvent des bactéries dans la vessie, ces dernières peuvent atteindre les orifices mentionnés. L'inflammation ainsi provoquée peut se continuer petit à petit jusqu'aux reins. La valeur de cette théorie laissée de côté, nous retenons un fait, c'est que plusieurs auteurs parlent d'une infection aiguë, des reins à la suite de la blennorrhagie, par exemple Zeissel, Finger, Fürbringer et autres.

Un pareil diagnostic est-il justifié ainsi pour notre cas ?

Le rein droit était malade chez notre patient : il éprouvait des douleurs dans la région hypogastrique droite, avait de la fièvre, vomissements et la teneur en albumine, de l'urine était considérable, plus abondant que ne le laissait croire le dépôt purulent de l'urine non filtrée. C'est pour la même raison que nous avons exclu une albuminurie fébrile. Cette albuminurie n'est pas non plus la conséquence d'une hématurie puisque l'urine n'a pas été rougeâtre et le microscope ne démontrait aucune trace de globules rouges de sang.

Le patient avait donc une blennorrhagie et une néphrite aiguë ; pour cette dernière on ne trouve aucune autre cause. Une néphrite peut être provoquée par l'invasion des bactéries ; on peut admettre que la néphrite de notre patient était de nature blennorrhagique.

Du reste ce cas n'est pas seul dans la littérature, Fürbringer par exemple décrit dans son livre la néphrite blennorrhagique sous le tableau clinique identique à celui de notre patient. Finger est plus exigeant pour ce diagnostic. D'après lui, pour parler de néphrite il faut trouver des cylindres et de l'épithélium rénal.

Mais il va en cela trop loin, puisque d'après Laache (135) et d'autres auteurs, ce ne sont pas les cylindres mais les globules blancs du sang (Niemayer avec Fraube et Israël), qui sont pathognomoniques pour les affections rénales. D'un autre côté les épithéliums rénaux subissent dans la vessie et surtout dans l'urine stagnante des modifications qui les rendent dans la plupart des cas, méconnaissables.

OBSERVATION III

(traduite et Montashefte fur praktische dermatologie 1896,
BERTHOLD. (GOLDBERG).

M. R... 32 ans, célibataire ; blennorrhagie il y a 5 ans, guérison par le régime, au bout d'un mois. Depuis 15 jours de nouveau blennorrhagie le patient a suivi un régime sévère et pris du copahu pendant 18 jours. Depuis quelques jours, à la fin de la miction, il sort quelques gouttes de sang. Le patient urine toutes les 2 heures.

15 juin, pouls 60, orifice urétral rouge, écoulement purulent, urine 100 c. cm. en deux portions. Sa première renferme 13,000 cellules de pus, 500 cellules de sang par m. m. c.; la deuxième 20,000 cellules de pus, 3000 cellules de sang rouges, dans l'urine filtrée de la première portion, exempte d'hémoglobine, il y a 1 1/2 à 2 0/100 d'albumine ; dans l'urine filtrée de la deuxième, exempte d'hémoglobine, environ 3 0/100 d'albumine, tous les jours trois bains de siège et du repos ; suppositoire avec extrait de belladone 0,01, morphine 0,006.

19 juin. Urine 50 c. c. en deux portions dont la première est trouble ; la deuxième encore plus trouble par le pus exprimé à la fin de la miction. Le tout renferme 32,000 corpuscules de pus par m. m. c. dans l'urine filtré il y a 1 1/2 0/100 albumine, le patient est mieux cette nuit, il n'a uriné qu'une fois. Pouls 72.

22 Juin. Le patient n'a plus de troubles ; sa première portion d'urine est légèrement troublée, sa deuxième est claire, l'urine filtrée est exempte d'albumine.

27 Juillet. Depuis le commencement de juillet, l'urine est claire ; 150 c. c. émis au bout d'une heure, renferment 1000 cellules de pus par millimètre cube, sans albumine.

11 Août. Depuis quelques jours, les troubles, le besoin d'uriner sont de nouveau aussi violents qu'au début : 200 c. c. d'urine avec 15,000 corpuscules de pus et 1000 corpuscules de sang par millimètre cube ; dans l'urine filtrée 14 0/100 d'albumine.

14 Août. Amélioration rapide à la suite de diète, belladone, et santal, 200 c. c. d'urine, renferment 1000 cellules par millimètre cube dans l'urine filtrée, il n'y a pas d'albumine.

A partir de là, traitement local de l'urèthre et de la vessie par le permanganate de potasse, d'acide borique, nitrate d'argent.

13 septembre. L'urine se nuit encore trouble ; urine filtré exempté d'albumine.

1 Novembre. Pendant le mois de novembre et de décembre, l'urine est devenue tout à fait claire, les troubles ont disparu.

Dans ce cas, l'albuminurie jusqu'à 3 0/100 fut observé environ 15 jours.

OBSERVATION IV

(*Loco citato*).

M. X..., 30 ans, marié ; blennorrhagie pendant 1 an ; guérie. Depuis 15 jours infecté de nouveau, depuis quatre jours fort besoin d'uriner.

22 Juin. Le patient urine toutes les demi-heures, urine renferme 2000 cellules de pus, dans l'urine filtrée, il y a 1 0/100 d'albumine.

A partir de midi il prend toutes les 4 heures 15 gouttes de teinture thébaïque.

23 Juin. Il urine toutes les 1 à 2 heures ; 12,000 cellules de pus par millimètre cube, dans l'urine filtrée, environ 1 0/100 albumine.

24 à 25 Juin, Urine toutes les trois heures ; la première portion est légèrement troublée, la deuxième est presque claire, sans albumine, l'urine de midi renferme 2500 cellules de pus, l'urine filtré, 1/12 0/100 d'albumine.

28 Juin. Plus de besoin d'uriner, première portion d'urine légèrement troublée ; la deuxième claire avec nuage, l'urine filtrée est sans albumine.

OBSERVATION V

(*Loco citato* .

M. N, 30 ans, de famille saine ; a 14 ans, rhumatisme. 4 ans de service militaire. Il y a un an blennorrhagie qui dura peu de temps ; marié depuis 7 mois. Depuis 15 jours, une semaine après le dernier coït, nouvelle injection ; depuis quelques jours, douleur dans la vessie et dans l'urèthre et violent besoin d'uriner tous les quarts d'heure malgré la diète. Bain de siège et morphine aggravation du mal.

27 Juin 1896, soir, urine (50 c. c.) en deux portion troublées par le pus, renferme 5000 cellules de pus par millimètre cube ; dans l'urine filtrés, 1/4 à 1/2 0/100 d'albumine. Le patient est affaibli sans appétit.

27 à 29. Teinture thébaïque, 10 gouttes toutes les 2 heures.

29 Juin. Examen de l'urine de la veille, 8000 cellules de pus

par millimètre cube, coagulation et de nombreux microorganismes ; dans l'urine filtrée environ 1 0/00 d'albumine ; l'albumine après être précipité par NO^3 et l'ébullition occupe 1/8 de la colonne d'urine.

30 Juin au 1^{er} juillet. Le patient continue sa teinture d'opium ; son besoin d'uriner a cessé peu à peu. Couché, le patient urine le jour 2 à 3 fois par heure, la nuit une fois. Il a de nouveaux écoulements jaune d'or. Dans un millimètre cube d'urine, il y a 10000 cellules de pus, 1 0/00 d'albumine dans l'urine filtrée. Dans le dépôt, il y a des cylindres rénaux.

Matité du cœur normal. Pouls 80. Le patient est sain du reste ; il n'a pas d'œdème, ni d'exanthème.

20 Juillet. Le patient après avoir cessé de prendre de la teinture d'opium et de garder le lit, a de nouveau un fort besoin d'uriner. Dans un millimètre cube d'urine 10,000 cellules, et dans l'urine filtrée, 1 0/00 d'albumine.

Dans le dépôt il y a des cylindres d'épithélium et des cylindres granuleux en grand nombre. L'état général du patient n'est pas particulièrement altéré. Il n'a point de douleurs rénales ; il est très excité.

3 à 6 juillet. Il est couché, jusqu'à présent et n'a pas pris de bains, la diète était calmante, le besoin d'uriner est faible.

4 juillet L'urine du soir contient filtrée, 1 0/00 albumine.

5. juillet. Celle de nuit de 5 ou 6 (300 c. c. en 6 heures), contient 25,000 cellules par millimètre cube ; l'urine filtrée 1/2 à 10/00 d'albumine : dans le dépôt, peu de cylindres d'épithélium, le besoin d'uriner est faible.

6-11. Quatre fois par jour capsule de salol, 0,75 ol. santal. gtt. X, ol. ment. gtt. I.

L'urine de la nuit de 8 au 9 renferme 16,000 cellules par millimètre cube ; dans l'urine filtrée, 1/2 à 1 0/00 d'albumine : dans le dépôt quelques cylindres rénaux.

9 juillet. Les troubles ont presque complètement disparu.

11 juillet. Le patient urine toutes les 4 heures, les urines sont presque claires, 1000 cellules par millimètre cube ; pas d'albumine. Les sons cardiaques sont tout à fait purs.

13 juillet. 150 centimètres cubes d'urine claire, avec filaments dans les deux portions, sans albumine. Dans la sécrétion (10 heures après la dernière miction), il y a encore quelques paires de gonocoques reconnaissables à leur forte coloration et à leur situation intra-cellulaire.

13 au 23 juillet. Quelques injections avec une solution moyenne de permanganate de potasse font disparaître entièrement les restes de l'infection et de la purulence, qui était déjà limitées à l'urètre.

20 au 28 juillet. Le patient a repris ses occupations (garçon de recettes), il marche beaucoup, boit beaucoup de bière ; son urine est claire, sans filaments et sans albumine, il est complètement guéri.

OBSERVATION VI

(*Loco citato*).

M. N., 34 ans, marié, jamais malade jusqu'alors ; depuis un mois écoulement ; depuis 5 à 6 jours, besoin d'uriner, le patient urine le jour toutes les heures, la nuit une ou deux fois.

15 juillet. Sécrétion uréthrale abondante, aqueuse, purulente, renferme principalement des leucocytes et de nombreux gonococcus intra et extra cellulaire. L'urine dont les 2 portions sont purulentes et sanguinolentes, renferme par millimètre cube

30,000 cellules, moitié de pus, moitié de sang, celles-ci bien conservées, des urates amorphes, point de cylindres rénaux, peu de microorganismes. Dans l'urine filtrée 1 2 0/00 albuminé. On ordonne du repos et du salol.

17 au 31 juillet. L'épididymite, avec fièvre de parfois 40° et prostration extraordinaire.

1 au 9 août. On fait de faibles irrigations de l'urèthre. Au bout de quelques jours, les portions d'urines sont claires, il y a force polyurie, après quelques irrigations épididymite du côté gauche. Celle-ci passée le patient se fait pendant 3 semaines des injections de tout l'urèthre avec le permanganate de potasse.

22 décembre. Le patient est guéri.

OBSERVATION VII

(Tirée de *Semaine médicale*. 1893. BALZER et JACQUINET)

M. N..., âgé de 19 ans, entre le 18 mai à l'hôpital du Midi, salle 6 n° 26. Atteint de blennorrhagie le 2 avril, ce jeune homme a pris des boissons alcalines et 60 gr. d'opiat. Le 13 mai, il prend le soir un bain chaud et rentre ensuite se coucher. Le lendemain matin, sans qu'il ait eu ni refroidissement, ni frisson, il existe de l'œdème des paupières, puis l'œdème se montre aux membres inférieurs dans la soirée. Le 18 mai, il entre à l'hôpital, avec un anasarque généralisé (face, membre, scrotum, etc.), et avec un bruit de galop au cœur, il n'émet que 500 gr. d'urine par vingt-quatre heures ; l'urine contient 10 gr. d'albumine, il rapporte tous les accidents au bain qu'il a pris, mais il se souvient cependant que dans les jours précédents l'appétit avait diminué, qu'il ne pouvait plus manger de viande et que ses urines n'étaient plus aussi abondantes. La blennorrhagie conti-

nue sans aucun signe de cystite, les urines ont l'apparence du bouillon, comme dans les premières phases de la néphrite parenchymateuses. Le régime lacté absolu fut aussitôt institué. L'albumine, dosée régulièrement, s'élevait encore à 5 grammes par litre six jours après son entrée ; elle oscilla ensuite entre 3 et 4 grammes pendant plus de vingt jours.

Au moment de la sortie du malade le 24 juin, elle était tombée à 1 gr, ou 1-gr. 50 centigr. par litre. La diurèse s'était franchement établie sous l'influence du régime lacté et de fréquentes purgations par l'eau-de-vie allemande. Le malade urinait à ce moment plus de trois litres par jour. Il sortit donc de l'hôpital très notablement amélioré, mais non complètement guéri, l'écoulement blennorrhagique avait cessé pendant son séjour à l'hôpital.

Nous nous demandons, en discutant l'étiologie d'une semblable néphrite, s'il n'est pas légitime d'en chercher la raison dans une infection dérivant de la blennorrhagie plutôt que dans l'hypothèse d'un refroidissement très contestable et dont le malade ne s'est même pas aperçu.

OBSERVATION VIII

(tirée de la thèse de LUXEY 1879. Paris.)

Le nommé L. T..., âgé de 49 ans, employé à la compagnie des chemins de fer de Lyon, et actuellement couché au n° 9 de la salle Saint-Michel, service de M. le professeur Peter, hôpital de la Pitié, est atteint, le 14 mai dernier, d'une blennorrhagie purulente.

C'est la première et la seule que le malade ait contractée, c'était après un certain épuisement par les veillées antérieures et à la suite d'une nuit entière passée dans une maison de tolérance.

La blennorrhagie s'annonça par les symptômes ordinaires, et le

malade, afin de calmer les douleurs cuisantes, se donna, dès le deuxième jour et sans autre conseil, que celui de ses amis, des injections de sulfate de zinc ; répétées trois fois par jour, pendant cinq jours, l'écoulement qui avait déjà apparu est supprimé et sous l'influence de cette médication intempestive une orchite double se développe rapidement qui retient le malade quatre jours au lit.

L'orchite disparaît par les cataplasmes et les frictions d'onguent napolitain, mais, au dire du malade, l'écoulement ne revient pas d'une façon franche.

C'était au premier jour de juin, le jeune L. T... se croyait guéri, quand, sous l'influence d'un léger refroidissement, d'après ce qu'il qu'il croit, il est pris d'un peu de toux à laquelle il ne fait guère attention.

Vers le 15 juin, il ressent des douleurs articulaires qui passent en volant sur les articulations, telles que celles du poignet, du genou, de cou-de-pied, et, à peu près en même temps, il ressent, au niveau de l'ombilic, une douleur en ceinture, s'accroissant surtout dans la région du rein gauche.

A ces symptômes déjà assez caractérisés, succèdent des accidents hémorragiques, des vomissements de sang, des crachements de sang, des diarrhées sanglantes, et enfin du purpura dont les traces se voient encore aux jambes, mais, pas de maux de tête, pas de troubles oculaires, néanmoins, j'ai vu là des accidents urémiques d'une albuminurie encore presque en l'état latent.

Ce n'est que vers le premier juillet que le malade voit apparaître de l'œdème à la région malléolaire, œdème qui gagne vite les cuisses et le scrotum, en même temps, il constate de l'œdème des paupières.

C'est alors que le malade alarmé par cet état, se présente à la Pitié le 8 juillet : jusqu'ici, tel est le récit du malade; récit d'ailleurs qui nous paraît véridique par les faits pathologiques qui vont maintenant se dérouler sous nos yeux.

Le malade est sous l'observation particulière de M. Letulle, interne du service, qui en fait un examen attentif, et, de plus, le malade, aux questions qui lui sont posées, se souvient de quelques douleurs hypogastriques et de douleurs le long de la crête iliaque; il se souvient d'avoir éprouvé de fréquentes envies d'uriner, et malgré le vague de son dire à cet endroit, il nous permet de saisir un symptôme de cystite, et les urines d'ailleurs sont rougies par le sang qu'elles renferment, sang qui persistera longtemps, ainsi qu'on le verra dans la suite, et qui peut jeter quelque mauvaise ombre sur le pronostic.

L'examen des urines par l'acide nitrique, à l'entrée du malade et répété tous les jours décèle, une très notable quantité d'albumine, 40 gr. par litre, valeur approximative.

L'urine contient en outre, du pus qui peut venir d'une cystite, si la cystite existe, ou bien du catarrhe urétral.

Au jour de son entrée le malade est mis à la diète lactée, l'excrétion de l'urine dépasse cinq litres.

L'albuminurie reconnue, la première question était de rechercher qu'elle en était la cause, le même malade malgré son aspect lymphatique est fort et vigoureux. D'ailleurs rien au cœur, rien dans la poitrine que de normal et de parfaitement sain, il fallait donc penser à la possibilité d'une *néphrite albumineuse par le fait d'une blennorrhagie, seul antécédent pathologique* chez notre jeune homme.

L'attention attirée par la rareté d'une pareille complication, M. Letulle interne a pu affirmer. 1^o qu'il y avait là une néphrite parenchymateuse, car il a vu dans le champ du microscope des cylindres hyalins et des cylindres granuleux, dans ces cas, signe pathognomonique, 2^o que cette néphrite, en absence d'autres antécédents pathologiques de signe de la diathèse qui pourraient l'expliquer était, selon toute probabilité, de la blennorrhagie.

Nous n'en dirons pas davantage que M. Letulle, bien que l'es-

prit, alors qu'il s'agit de fait d'observation, ne soit satisfait que par le pourquoi et le comment des choses. Quant à moi j'ai laissé à d'autres plus fournis d'éléments, de juger la question.

Le fait existe il est probant. C'est un malade, qui en pleine blennorrhagie est atteint d'une néphrite parenchymateuse. Tout se fait en moins de deux mois ; et cette néphrite est spéciale par son étiologie, si elle est le produit d'une intoxication par le virus blennorrhéique (car la blennorrhagie peut en certains cas profondément affecter l'organisme) spéciale et elle est le fait d'une manifestation rhumatismale tout comme l'orchite, ainsi que certains le veulent, tout comme la pleurésie, l'endocardite, la méningite même et la myélite spéciale encore par les circonstances qui compliquaient sa symptomatologie spéciale, enfin par sa terminaison qui ne peut être pas fatale, mais à convalescence longue et sévère.

Et de plus encore on ne peut point accuser ici l'influence d'une médication interne : le malade est exempt de cubèbe et de copatur, en un mot, vierge de tout traitement par les voies digestives, son dire, et l'examen des urines qui ne dénoncent pas de résine copahivique nous ont suffisamment renseigné là-dessus.

Ajoutons que la nécropsie nous dira le peut-être dernier mot de la chose.

Nous sommes le 23 juillet, l'urine renferme encore du sang de l'albumine, malheureux présage qui jette le malade dans l'anémie, le malade va mieux cependant, et pendant que ce mieux se manifeste, réapparaît à cette heure du côté droit l'épididymite, en même temps qu'il est advenu aussi de l'écoulement urétral.

L'obligation de déposer notre thèse, nous commande de laisser ici notre malade, et en terminant là notre observation, nous dirons un mot du pronostic.

La présence des cylindres hyalins et des cylindres granulo-grais-

seux, marque d'une profonde altération des reins : indiquant une issue fatale. Quant à moi, s'il m'est permis de donner mon opinion, en raison du caractère de spécificité qu'il me semble reconnaître à cette néphrite et m'appuyant aussi sur ce que tout le monde ne pense que la présence des cylindres hyalins et granulo-graisseux dans les urines d'un brightique est toujours un arrêt inévitable. Je crois à la guérison de notre malade, qui sera longue et, ainsi que je l'ai dit plus haut d'une convalescence sévère ; sous l'influence du régime lacté, l'albumine disparaîtra, d'un autre côté, le perchlorure de fer, le tannin, le repos et le temps, auront). c'est ma croyance, raison de cette néphrite parenchymateuse qui a été d'abord une néphrite congestive très intense.

OBSERVATION IX

Tirée des *An. de dermat. et syph.* 1892, BALZER et SOUPLET.)

Y. Wilhelm, entre le 29 août pour une blennorrhagie de 6 semaines compliquée depuis trois jours d'orchite droite avec funiculite. L'urine contient des traces d'albumine. On prescrit l'opiat, le 6 septembre l'albumine a disparu ; le lendemain, on constate une éruption copabivique intense, et malgré cela, l'albumine ne se trouve pas dans l'urine et n'y reparaît pas jusqu'à la sortie du malade le 11 septembre.

OBSERVATION X

colo-citato

B... Claud, 32 ans, entre 3 juin, chaudepisse de 3 semaines, cystite intense de 8 jours, orchite droite de 6 jours, il présente

de l'embarras gastrique, de la céphalalgie, de la courbature, surtout lombaire l'albuminurie est abondante cet état persiste sans modification pendant 8 jours avec une intermittence dans l'albuminurie qui n'a pas été constatée le 4 juin, le 15, la courbature disparaît le 19, il sort sur sa demande non guéri.

OBSERVATION. XI

c o l o c i t a t o .

J. Henri, 27 ans, entre le 22 juillet, porteur d'une blennorrhagie qui date déjà de six semaines. Il a souffert à peu de jours de distance d'une cystite, puis d'un orchite, cette dernière datant déjà de trois semaines au moment de l'entrée. Ce malade qui a été suivi jusqu'au 7 septembre présentait encore de l'albuminurie à sa sortie, la quantité a toujours été considérable, mais cependant avec des variations fréquentes. Dosée avec l'appareil d'Esbach alors qu'elle était devenue relativement peu abondante elle s'élevait encore à 125 centigr. par litre.

OBSERVATION XII

colo-citato

Le nommé X,..., vient à la consultation le 27 mai, il est atteint de blennorrhagie depuis la première quinzaine d'avril. Dès les premiers jours de mai, les urines deviennent troubles et sanguinolentes, son interrogatoire nous montre qu'actuellement les symptômes de cystite sont modérés mais il se plaint de fatigue, de perte de force, de douleurs dans les reins et d'inappétence, la langue

est blanche et humide : les téguments et le visage sont très pâles. Forte quantité d'albumine dans les urines.

Traitement. — Régime lacté, salol. 4 juin légère amélioration, les urines sont moins troubles, la miction est moins douloureuse, l'albumine est diminuée, mais se trouve encore en notable quantité, l'état général est un peu plus satisfaisant. Même traitement. 11 juin les urines, la miction, l'albuminurie présentent les mêmes caractères, l'état gastrique disparaît, l'appétit revient, la langue est presque normale, la douleur des reins persiste. Même traitement, 18 juin. L'écoulement uréthral est très amélioré, la miction est moins douloureuse, les douleurs rénales ont disparu. Plus de courbature. Bien que l'inappétence ait reparu que la langue ait repris sa coloration blanchâtre, les urines ne contiennent plus d'albumine. Même traitement. 21 juin l'appétit est revenu ; la langue n'est plus saburrale, l'état général est bon : Pas d'albumine.

OBSERVATION XIII

loco citato.

B. Paul dessinateur, âgé de 30 ans, entre le 23 mai 1791 à la salle VI, lit n° 36. Il a eu une blennorrhagie il y a 4 ans. Depuis un mois, il a la blennorrhagie et depuis huit jours, il est atteint d'une orchite double volumineuse avec urines claires, sans dépôt. Dès l'entrée, albuminurie assez abondante. Le 28 mai, elle disparaît, mais se montre de nouveau le 1^{er} juin. Le même jour survient un état gastrique marqué qui se développe les jours suivants. La fièvre est peu intense et ne dépasse pas 39°. On constate une grande prostration, une inactivité psychique, à peu près complète ; Le malade se plaint de courbature et de brisement des membres ; céphalalgie persistante ; il a une ina-

pétence très accusée; la langue est saburrale, mais humide, l'alimentation consiste dans un régime lacté absolu, les deux orchites; sans avoir jamais été très douloureuses, ne diminuent que très lentement, dans les jours qui suivent. Le 17 juin, la céphalalgie disparaît, la courbature diminue, la langue reste saburrale et l'appétit ne revient pas; le 18, plus d'albumine; le 19, elle répareit en faible quantité; le 22, éruption de miliaire; le 25, pas d'albumine. Etat toujours saburral. Constipation 3 juillet, état satisfaisant, mais anémie profonde avec pâleur de tout le tégument. Le malade mange, 1 degré. Le 8 juillet, l'amélioration persiste, l'état général est meilleur, l'albumine n'a pas reparu. Sortie le 13 juillet.

Ce malade est entré le 25 juillet pour une légère poussée de rhumatisme blennorrhagique du pied droit. Il n'est resté que 8 jours et l'albuminurie recherchée à plusieurs reprises n'a pas été retrouvées.

OBSERVATION XIV

(Tirée de la *thèse* Ch. Roche, Nancy, 1896.)

M. F., 21 ans, ne présente pas d'antécédants héréditaires ni personnels. Il a eu une première blennorrhagie en 1892, qui lui a duré deux mois et qu'il a guéri par les injections.

Celle-ci pour laquelle il vient, date de huit jours, et lui est survenue 24 heures après un coït. Elle n'a été soumise à aucun traitement. Le malade se présente à la maison de secours, parce qu'il craint une orchite et prétend en effet ne pas pouvoir marcher parce que chaque pas qu'il fait retentit, comme il dit dans le scrotum et les testicules. Le palper epididymaire est en effet très douloureux à droite et à gauche, mais on ne constate qu'un état normal comme volume.

Craignant nous-même pour le malade une épididymite, nous le décidons à entrer au service où on le soumet à la glace.

Parallèlement nous examinons le jour même ses urines, qui nous offrent un léger anneau d'albumine, comme quantité elle atteignait 1,500 gr. le premier jour ; elles sont claires à l'émission et se troublent dans la suite, avec une odeur aigrelette.

Le lendemain, nous renvoyons le malade, dont les douleurs scrotales ont disparu et qui ne présente plus la moindre trace d'albumine, ainsi que le jour suivant. Le malade en est quitte pour une blennorrhagie ordinaire qu'on lui guérit dans la suite au lavage d'eau tiède.

OBSERVATION XV

loco-citato.

Michel N..., 17 ans, cordonnier, est atteint d'une blennorrhagie datant de quatre jours, il n'en a jamais eu auparavant et n'a jamais fait de maladie importante, il a été pris trente-six heures après un coït d'un écoulement très abondant. Quand le jeune homme se présente à la consultation, il n'a suivi aucun traitement, il se plaint d'uriner fréquemment et de ressentir une forte cuisson à chaque miction, depuis la veille il a quelque difficulté à marcher, dit-il parce qu'il ressent dans les reins des douleurs sourdes qui ne le quittent que lorsqu'il se couche. Chez lui le moral est fortement atteint et il semble ne pas se rendre compte de la bénignité de l'affection qui l'amène à la maison de secours.

Nous examinons ses urines qui présentent des traces d'albumine, elles sont claires à l'émission, sans se troubler dans la vase dans la suite, elles offrent la réaction acide au début.

Nous faisons revenir le malade le lendemain et le voyant aussi affecté que la veille, nous le faisons entrer au service pour y suivre le traitement ordinaire, lavages à l'eau iodée. Les urines examinées à nouveau dénotent encore de l'albumine, toujours à faible trace. Le lendemain soit que le malade repose au lit, soit pour toute autre raison, on ne trouve plus dans les urines l'albumine des premiers jours. Le malade ne se plaint plus de douleurs rénales et n'accuse plus les symptômes en question durant les trois semaines qu'il reste à la maison pour suivre son traitement ; les urines ont été examinées chaque jour jusqu'à la sortie du malade, trois semaines plus tard. Comme quantité, elles ont varié chaque jour de 1200 à 1500 gr.

OBSERVATION XVI

loco citato.

Y..., Charpentier, arrive le 14 août avec une blennorrhagie datant de trois jours. Il est âgé de 26 ans et ne présente aucun antécédent, l'écoulement est abondant et le méat urinaire très enflammé, il vient nous trouver disant qu'il ressent partout, dans les reins, dans le périnée, dans le scrotum une gêne tellement considérable, qu'il demande à suivre un traitement. Il n'a jamais ressenti ces douleurs généralisées dans toute la région lombaire et périnéale et prétend les avoir depuis la veille, déjà, c'est-à-dire dès le lendemain de l'apparition de l'écoulement.

Nous examinons ses urines avec le procédé clinique cité et nous trouvons des traces d'albumine ; nous ne soumettons le malade à aucun traitement et nous le faisons revenir chaque-matin ; la seconde fois nous trouvons encore de l'albumine, quoique la douleur de la veille ait sensiblement diminuée ; le troisième jour

nous constatons la disparition totale des douleurs qui nous l'avait surtout amené à la consultation, et toujours des traces d'albumine.

Il revient successivement durant huit jours, mais à l'examen, nous ne trouvons plus rien désormais jusqu'au huitième jour où nous le renvoyons avec un traitement. Le malade donnait des urines claires abondantes, toujours acides, et se plaignait de s'être relevé très souvent dans la nuit, surtout dans les premiers jours de l'affection.

OBSERVATION XVII

Néphrite nerveuse au cours d'une blennorrhagie par M. ARNOZAN, interne des hôpitaux.

(*France médicale*, année 1879, p. 378).

Antoine R..., 26 ans, homme de peine, entre à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Félix, service de M. Haloupeau), le 8 mars 1870.

Depuis six semaines, il est atteint d'une blennorrhagie uréthrale, dont le début a été des plus aigus et dont l'écoulement purulent a été dès les premiers jours strié de sang, n'a pas tardé à se compliquer de tous les signes d'une cystite du col. Traité à plusieurs consultations, le malade semble avoir pris régulièrement pendant un mois des doses quotidiennes de 6 à 8 gr. de copahu ; son écoulement se tarissait peu à peu, les envies d'uriner devenaient moins fréquentes, les douleurs hypogastriques dont il dont il avait souffert s'atténuaient graduellement lorsque dans la nuit du 7 au 8 mars éclatèrent brusquement les symptômes qui l'ont déterminé à venir immédiatement à l'hôpital.

C'est d'abord un violent frisson, qui dure plusieurs heures, puis se sent des vomissements répétés sur le caractère desquels le malade s'explique mal ; enfin, c'est une douleur dans la région lombaire non point une rachalgie véritable, mais une douleur limitée au côté gauche, partant des points qui, correspondant au carré des lombes, occupent toute la région costo-iliaque, mais n'irradiant pas vers le testicule.

À son entrée, le malade est atteint d'une fièvre intense, 39°5 ; il est encore fatigué par les nausées, la langue blanche à sa partie moyenne et rouge sur les bords ; il n'y a pas de douleurs à l'épigastre, le ventre n'est pas ballonné, il n'y a nulle part aucune espèce d'œdème. Les urines, traitées par l'acide nitrique et la chaleur, présentent un précipité sur la nature duquel nous aurons à revenir tout à l'heure.

Des débuts tant soient peu dramatiques ont été suivis d'une maladie extrêmement simple, dont la guérison s'est faite à courte échéance. Dès le premier jour l'application de six ventouses scarifiées à la région lombaire supprimait la douleur ; le lendemain un purgatif salin faisait disparaître les symptômes d'embarras gastrique les jours suivants, le malade suivait le régime lacté puis voyait sa fièvre baisser rapidement ; les urines étaient rendue avec abondance et reprenaient leurs caractères normaux. Enfin au bout d'une semaine à peine tout était terminé, sauf pourtant quelques tiraillements de plus en plus faibles, à la région hypogastrique, précédant et accompagnant la miction.

Quant à l'écoulement blennorrhagique, dès l'entrée du malade, il était déjà réduit à des proportions insignifiantes.

Quelle était exactement l'affection en présence de laquelle nous venions de nous trouver ? Cette question ne peut être jugée que par l'examen précis de l'urine et du précipité qu'elle avait présenté

Dans des conditions où se trouvait le malade, trois hypothèses se présentent naturellement : le précipité était dû à l'albumine, à du pus, à des résines copahques. Il ne se dissolvait pas dans l'alcool ; il ne prenait point par l'ammoniaque l'aspect du blanc d'œuf battu ; ce n'était donc ni de la résine, ni du pus, et la première hypothèse restant seule doit être acceptée comme vraie. Mais le diagnostic n'est pas encore complet ; cette albumine résult-elle d'une altération rénale par l'élimination du copahu ou d'une néphrite passagère née par propagation de l'inflammation des voies urinaires inférieures ? Nous n'avons pas ici de réactif qui permette de résoudre le problème, et c'est une affaire d'interprétation.

Cependant l'absence de résine copahique dans l'urine, le défaut complet de l'odeur si caractéristique de l'urine lorsqu'elle contient ce produit tendent à faire écarter cette supposition ; bien que l'on puisse admettre qu'une albuminurie provoquée par ce médicament survive quelques jours à son élimination, nous ajouterons que les doses, relativement faibles, prises par le malade sont aussi défavorables à cette idée ; il n'y avait donc aucun signe de ce que l'on pourrait appeler intoxication copahique, ni diarrhée ni hématurie. D'un autre côté, la limitation précise des douleurs au niveau du rein gauche, la tendance de l'inflammation uréthrale à remonter au col de la vessie d'abord, puis au corps même de cet organe ainsi que le prouvent la dysurie, les envies d'uriner, la douleur hypogastrique, toutes ces considérations, jointes à celle du début franchement fébrile de l'affection, nous engagent à regarder cette dernière comme une *pyélonéphrite ascendante, directement liée à la blennorrhagie et la cystite.*

OBSERVATION XVIII

(Tirée de la thèse de JUBIOT, Thèse STASBOURG, 1869.)

M. X..., étudiant, âgé de 20 ans, jouissant ordinairement d'une bonne santé, eut avec une femme vers la fin de juillet, des rapports qui lui parurent suspects, espérant; se mettre à l'abri d'une inoculation, il se fit quelques injections d'eau blanche. Malgré cette précaution, le 28 juillet se déclara une blennorrhagie débutant immédiatement par des phénomènes inflammatoires assez intenses, gonflement et rougeur du méat très marqués, compression du canal très douloureuse, écoulement épais et abondant, miction s'accompagnant de souffrances très vives, érections fréquentes et fort douloureuses.

Les injections d'eau blanche sont continuées et répétées plusieurs fois par jour.

Mais, tout à coup, trois jours après le début de l'uréthrite (31 juillet), se font sentir les premiers symptômes d'une cystite, envies fréquentes d'uriner, douleur au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urines.

Pression de l'hypogastre assez sensible, les urines sont chargées de mucus qu'elles laissent déposer au fond du vase.

Injection, boissons émollientes.

Deux jours après l'apparition de ces premiers symptômes (2 août) les douleurs de cystite disparaissent pour faire place à celles de la néphrite blennorrhagique.

Douleur très vive dans la région lombaire, principalement du côté droit, s'exagérant par la pression, qui permet de constater que l'inflammation a suivi le trajet des uretères pour arriver jusqu'aux reins, car la sensibilité qui débute à l'hypogastre, se prolonge, en suivant le trajet des canaux jusqu'à l'épigastre.

Les urines sont rares et leur expulsion est très douloureuse ; elles ont une odeur fétide, sont toujours troubles, déposent du mucus, mais ne donnent pas le précipité d'albumine.

Etat général. Fièvre violente, constipation, appétit nul, application de dix sangsues au périnée, suivi d'un grand bain, diète, boissons émollientes.

Le 8 août la situation du malade s'est aggravée dans ce sens qu'on constate de l'albumine dans les urines et qu'à la fin de chaque miction, il s'écoule quelques gouttes de pus. Quand aux autres symptômes ils n'ont pas varié, l'écoulement est notablement diminuée.

Traitement. — Nouvelle application de six sangsues au périnée. Grand bain. 15 ventouses, dont 5 scarifiées à la région rénale.

Friction d'huile de jusquiame et de térébenthine sur le même point, cataplasmes. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes vont peu à peu en s'amendant ; les douleurs disparaissent d'abord, la sécrétion urinaire se rétablit, la présence de l'albumine est encore constatée après la disparition du pus ; la miction est plus facile, mais le dépôt ne diminue que peu à peu.

Pendant cette période la douleur varie plusieurs fois dans son siège. Et peu à peu, localisée dans le rein droit, elle passe dans le gauche, se fait sentir ensuite des deux côtés également pour aller se fixer enfin dans le rein droit ; la fièvre ne céda qu'à 0.80 de sulfate de quinine. Sept jours (19 août) après l'apparition des premiers symptômes, toute manifestation du côté des reins a disparu car il ne reste de l'urétrite qu'une sensibilité assez vive du canal et une goutte d'aspect muqueux que le malade constate à son lever.

Vingt jours après cette guérison apparente (9 septembre), M. X. prit 40 gr. de copahu pour mettre fin à sa blennorrhagie, mais presque aussitôt les douleurs de reins recommencèrent et

la fièvre reprit le malade, mais au bout de cinq jours, cette rechute céda à l'administration de 0,50 sulfate de quinine.

Pendant la fin de l'année 1867 et le commencement de 1868, M. X. constata encore tous les matins une goutte d'un liquide muqueux à l'entrée du méat ; son état général était du reste aussi satisfaisant que possible ; il ne paraissait rester aucune trace de l'affection rénale, lorsque vers le mois de juillet 1868, le malade examina par hasard ses urines, y détermina, à l'aide de l'acide nitrique et de la chaleur, un abondant précipité d'albumine M. X. s'inquiète nullement de cette manifestation, cependant sérieuse et continua son régime habituel, sans en éprouver rien de fâcheux l'écoulement finit même par se tarir définitivement.

Le 7 mars 1869, M. X. contracta une nouvelle blennorrhagie, accompagnée comme la première de phénomènes inflammatoires très intenses ; il laissa la période aiguë se passer sans autre traitement qu'un régime sévère.

Au bout de 3 semaines (le 1 avril), lorsque la douleur en urinant fut un peu diminuée, les érections moins fréquentes, le malade se fit tout les jours une injection de sous-acétate de plomb.

Le 3 avril, urine troublée, dépôt abondant, pesanteur au périnée, douleur après la miction, tenesme vésical ; fièvre, enfin tout le cortège symptomatique de la cystite blennorrhagique vient compliquer l'urétrite.

Les injections sont suspendues.

Le 4 avril des douleurs très vives se font sentir dans la région lombaire ; elles sont exagérées par la pression et vont s'irradier le long des urètres jusqu'à la vessie.

Le malade a eu un violent frisson suivi de fièvre. Sa miction est fréquente, les urines sont toujours rares troubles et laissent déposer de mucus filant en assez grande quantité (de 0. 1 — 01 1/2). On traite par l'acide nitrique et la chaleur et l'on obtient un abondant précipité d'albumine.

Traitement. — 6 sangsues au périnée, sinapisme sur la région rénale, grand bain.

Régime lacté, boissons émollientes.

Pendant les cinq jours qui suivent, l'état du malade ne varie pas, il y a de plus un écoulement de quelques gouttelettes de pus après chaque miction, mais les symptômes de cystite sont plus marqués que ceux de la néphrite, ce qui était le contraire la première fois ; les envies d'uriner sont très fréquentes, et le malade rend avec beaucoup de douleur quelques gouttes, seulement d'un liquide très trouble.

Même traitement, l'écoulement urétral est très abondant. A partir du 10 avril, les symptômes de la néphrite blennorrhagique vont peu à peu en diminuant, le pus disparaît, l'albumine est en plus petite quantité ; les douleurs dans la région rénale n'existent plus : mais la cystite ne cesse que lentement, elle persiste encore après la disparition de tout symptôme de néphrite, le dépôt surtout est assez long à disparaître. Enfin vers la fin du mois d'avril, trois semaines environ après le début des premiers phénomènes la néphrite et la cystite ont complètement cessé et l'écoulement est devenu lui-même insignifiant.

Un mois après M. X... fait examiner ses urines qui ne contiennent aucune trace d'albumine.

OBSERVATION XIX

(Tirée des *Archives générales de médecine*. Docteur GARCIN.)

Blennorrhagie, artrite du genou, cysto pyélo-néphrite.

Le 15 août 1881 venait à la clinique médicale de M. le Professeur Fabre (Hôtel-Dieu, salle Ducrot, n° 16) G. Henri, âgé de 19 ans, menuisier. Ce jeune homme sort d'un service de chirurgien.

gie où il est entré le 20 avril, pour une arthrite blennorrhagique du genou gauche ; à son entrée cette arthrite avait un mois de date et il n'en a été guéri qu'au bout de deux mois. La blennorrhagie disparut en même temps que l'arthrite s'est montrée, mais lorsque à son tour le genou a été guéri le malade s'est aperçu qu'il rendait des urines couleur de sang, qu'il pissait du sang selon son expression. En même temps la quantité des urines diminuait et la miction était très douloureuse ; plus tard le besoin d'uriner devient incessant, et le malade a quelque peine à garder ses urines, ou plutôt il n'a pas le temps de les conserver, il souffrait en outre de douleurs violentes dans le bassin, douleurs s'irradiant vers les lombes et sujettes à de fréquentes exacerbations. La soif est vive, l'appétit est diminué ; mais il n'y a pas d'autre phénomène ; l'état général est bon, l'embonpoint est conservé, les forces intactes. Nous avons interrogé en vain les divers appareils. A une période plus tardive, nous avons eu seulement, mais d'une façon tout-à-fait passagère, une impulsion un peu vive et des bruits éclatants, les premiers bruits se prolongeaient légèrement, mais purement fonctionnel ce trouble a été aussi de courte durée. Interrogé sur le traitement qu'il a employé contre sa blennorrhagie, le malade ne peut nous donner que des renseignements très vagues ; il paraît avoir eu le désir de s'en débarrasser au plutôt, et il a utilisé dans ce but la plupart des topiques en usage chez le vulgaire. L'examen de l'urine devait donc nous indiquer seul la nature et la marche de la maladie ; cet examen nous montra d'abord que l'appareil urinaire était le siège d'une suppuration et d'une congestion assez intense qui fournissaient des globules rouges et des leucocytes en abondance, puis globules rouges et leucocytes disparaissent et l'albumine paraît en même temps que se produisent les modifications consignées dans le tableau ci-contre.

OBSERVATION XX

(Résumé d'après RENDU ; *Gazette des hôpitaux*, 1889).

H..., 38 ans, bien portant jusqu'à l'année dernière. Pas de froid humide, pas de logement humide. Point de rhumatisme, ni de diabète, ni syphilis, ni tuberculose.

Dans ses antécédents, pas d'alcoolisme, ni saturnisme, ni goutte. ni plethore générale.

Il y a un an, blennorrhagie intense, mal soignée par de fortes doses d'opiat pendant trois mois, puis pendant un mois, par le santal jusqu'à guérison.

Depuis cette époque, ses urines sont albumineuses.

À son entrée, il est faible, courbaturé, amaigri et très pâle.

Les troubles fonctionnels sont bien accusés ; il n'a pas de fièvre, pas de douleurs lombaires, pas de céphalée, pas de vomissements, ni de troubles digestifs. Il n'a jamais eu ni œdème, ni bouffissure. Cœur, tension artérielle, pouls, tout est normal.

Deux litres à deux litres et demi d'urine par jour : il a uriné davantage. Pas de pollakiurie nocturne. Urines mousseuses, pâles, louches, floconneuses, donnant par le repos un dépôt muco-purulent.

Densité faible, réaction alcaline, pas de sels. Albumine : de 1 gr. à 1 gr. et demi par litre.

Donc, albuminurie, depuis un an ; polyurie avec asthénie générale et anémie.

Il faut admettre une néphrite mixte (interstitielle et parenchymateuse), peut-être influencée par les balsamiques, mais relevant d'une infection ascendante par les gonocoques. C'est une néphro-pyéélite blennorrhagique.

OBSERVATION XXI.

(tirée de la thèse DERoyer, 1874).

Néphrite albumineuse légère. — Blennorrhagie concomitante.

Le nommé Brun, 26 ans, entre à la Pitié, salle Saint-Paul, n° 42, le 27 janvier 1870. — Deux attaques de rumathisme, il y a plusieurs années. Sciaticque double un peu plus tard, et à la même époque, affection du testicule, dont on ne retrouve pas de traces. Blennorrhagie de moyenne intensité et datant d'environ un mois, pas de traitement.

Il y a cinq jours, sans cause appréciable, douleur vive dans la région rénale droite, s'exagérant par la marche, la station debout et les mouvements du tronc. Frissons pendant les deux jours qui suivirent : bouffissure de la face, remarquée par le malade, faiblesse extrême.

28 janvier. — Paleur et bouffissure du visage : anasarque peu prononcée, saufen arrière, à la partie décline du tronc. Douleur lombaire persistante à droite, pas de fièvre, souffle léger au premier temps, à la base et se prolongeant dans les vaisseaux du cou, l'écoulement est très rouge et la miction douloureuse. L'urine est décolorée un peu trouble après l'émission. — Filtrée et traitée par les réactifs ordinaires elle laisse précipiter une petite quantité d'albumine. Bien qu'on ait eu soin de recueillir les premières gouttes d'urine rendues par le malade, l'examen microscopique décèle la présence d'une assez grande quantité de globules de pus. Pas de cylindres hyalins. Tannin et bains de vapeur.

29 janvier. — Le malade ressent quelques douleurs vagues dans les genoux et dans les pieds.

30 janvier. — Même précipité albumineux.

31 janvier. — Régime lacté.

1^{er} février. — La figure a repris son expression naturelle, la marche est plus facile, l'écoulement est le même.

2 février. — Le malade se plaint d'éblouissements et de maux de tête; accidents auxquels il serait sujet depuis trois ou quatre mois, léger précipité albumineux.

4 février, — Le malade est en pleine convalescence : l'urine précipite à peine par les réactifs d'albumine.

Le malade sort le 12 sans albuminurie l'écoulement ne s'est pas modifié.

OBSERVATION XXII

(Tirée de la thèse de MALGOUVERNÉ, 1870.)

Blennorragie ; cystite, pyelo-néphrite.

De nommé Ph..., Agé de 21 ans, employé de commerce, entre le 26 juin 1879 à la maison de santé.

On ne trouve pas dans les antécédents qu'une rougeole et une attaque de rhumatisme articulaire généralisé remontant à dix ans.

Depuis trois ans, il a gagné trois blennorrhagies qui ont duré environ deux mois chacune; les deux premières se sont passées sans complications, le traitement institué consistait dans l'administration de copahu et en injections. La troisième date de deux mois et demi. Elle a été traitée irrégulièrement; le malade a pris à court intervalle deux petits pots d'opiat; le dernier il y a trois semaines. A plusieurs reprises furent pratiquées des injections à tannin.

Depuis huit jours sont apparus des signes de cystite de col, dou-

leur à la miction, besoin fréquents et impérieux d'uriner, avec un peu de fièvre dans la soirée.

Il a trois jours que le malade a remarqué pour les premières fois quelques gouttes de sang dans son urine. Le sang coulait par goutte, et pur à la fin de chaque miction ; cependant les urines étaient aussi tantôt rougeâtre, tantôt troublées. En même temps se manifestèrent des douleurs dans la région lombaire, des deux côtés. Pas de traitement.

Etat actuel. — Garçon d'apparence robuste disant ne pas le sentir malade, il a bon appétit. Mange comme à l'ordinaire, il ressent seulement que légère fièvre dans la soirée et dans la nuit, accompagnée d'un peu d'insomnie. Il se plaint de douleurs en urinant ; les mictions sont fréquentes. Les urines contenues dans le note sont rouges, sanguinolentes ; les parois sont tachées de quelques gouttes de sang pur rendues à la fin de la miction. Nous le faisons uriner devant nous en ne prenant que les premières parties de l'urine rendue. Elle est trouble, un peu rougeâtre et contient au microscope de nombreux globules rouges et blancs. Elle se trouble, se prend immédiatement par la chaleur et l'acide nitrique. On ne trouve pas de cylindres

Où ne détermine pas de douleurs par la pression de l'épigastre mais il existe une sensation de pesanteur à la région lombaire, et la pression à ce niveau provoque de la douleur.

Pouls tranquille et plein. Cœur normal sans bruit de souffle ni dédoublement.

Rien aux poumons, au foie, ni à la rate. Constipation. Traitement : ventouses scarifiées à la région lombaire. Eau de Vittel : purgatif.

Le 28, même état, le malade a refusé les ventouses. Urines en quantités normales, 1300 gr. Elles sont sanglantes, troubles, *Albumine à flots* ; innombrables globules de pus. Urée ; 14.091. D = 1.012.

Le 23. Depuis hier, le malade a rendu 2 litres d'urines, rouges, sanglantes. Miction toujours douloureuse fréquente : les dernières gouttes sont constituées par du sang pur.

Dans la nuit, sont survenues des coliques violentes ; la constipation qui existait depuis quelques jours a été remplacée par la diarrhée : a 5 selles aujourd'hui. Pas de fièvre. 8 sangsues au périnée.

3 juillet. Le malade se sent mieux ; les douleurs de rein ont disparu, l'urine ne renferme plus de sang, mais elle contient encore des globules de pus en assez grande quantité, 2 litres d'urine, depuis hier. Urée 10.248. Quantité de cellules épithéliales, arrondies et cylindriques analogues aux cellules munies de queues que Neubauer et Vogel font provenir de calices et bassinets. Albumine persiste.

4 juillet. Le malade quitte la maison de santé, les phénomènes des cystites sont moins intenses ; mais il y a encore du pus dans les urines ; de l'albumine et en outre des amas ressemblant à des cylindres épithéliaux.

CONCLUSIONS

De l'étude de ces faits, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — La blennorrhagie aiguë peut atteindre le rein.

II. — Cette complication paraît se développer selon deux modes pathogéniques bien distincts : 1° albuminurie par infection ascendante (cysto-pyélo-néphrite ascendante), et 2° albuminurie par infection générale ou néphrite métastatique.

III. — Cette complication se développe indépendamment du traitement de la blennorrhagie par les balsamiques.

IV. — Le pronostic de l'albuminurie au cours de la blennorrhagie est généralement favorable, très souvent elle ne dure que quelques jours et disparaît par le repos sans laisser de trace ; cependant, dans certains cas d'albuminurie par infection ascendante (urethro-cysto-pyélo-néphrite), et dans l'albuminurie par infection générale avec des œdèmes et de l'anasarque, le pronostic est beaucoup plus sérieux. Dans ce cas là, l'albuminurie cède assez facilement au traitement, mais les rechutes ne sont pas rares et quelquefois l'affection peut passer à la chronicité.

V. — Le traitement des complications rénales au cours

de la blennorrhagie est celui de toute néphrite aiguë ; dans le cas de cysto-pyelo-néphrite, il faut traiter en même temps la cystite. Le régime lacté absolu est la base du traitement général.

Vu, le doyen :

BROUARDEL

Vu par le Président de la thèse,

FOURNIER

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

1. LALLEMANEL. 1825. — Observation sur les maladies des organes génito-urinaires
2. RAYER, 1839-41. — Traité des maladies des reins.
3. FOURNIER, 1866. — Dict. de méd. et chirurgie pratique.
4. JUBIOT, 1869. — Th. de Strasbourg. (Etude sur la cystite et la néphrite blennorrhagique).
5. *Archive générale de médecine*. — Mars, avril, mai, 1870. (Pyelo-néphrite ascendant, par le Dr. Garcin).
6. LUXCEY, 1879. — Th. de Paris. (De la néphrite parenchi mateuse comme complicat. intercurrent d'une blennorrhagie).
7. HALLÉ, 1886-87. — Th. de Paris. Urétrite et Pyelites.
8. *France médicale*, 1879. — (14 juin). Néphrite survenu au cours d'une blennorrhagie. Anorzan.
9. MALGOUVERNÉ, 1879. — Th. de Paris. (De la pyelo-néphrite d'origine vésicale ou pyelo-néphrite. Ascendant).
10. BALZER et SOUPLET, 1891. — *Annales de dermat. et Syph.* Avril 21 et *Mercredi médical*, 22 avril.
11. BALZER et SOUPLET, 1892. — *Ann. de dermat. et Syph.* Février.
12. SOUPLET, 1893. — Th. de Paris. La blennorrhagie. Mal. général.
13. BALZER et JACQUINET, 1893. — *Semaine médicale*, p. 411.
14. FINGER, — La blennorrhagie et ses complications, traduit d'après la 3^e édition, Allemagne. 1893 par le Dr. Hagge. Paris F. Alcan. 1894.
15. CHARLES ROCH. 1895. — Th. de Nancy (quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorrhagie).
16. BALZER et SOUPLET. 1891 Février. — *Semaine méd.* (Note sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie).

17. BEDFORD BROWN. — *Journal de l'Association médicale de Chicago*. 1891, n° 22 et *Revue gén. de méd. de Chir. et d'obst.* 1892, n° 3.
18. TUFFIER. — *Traité de Chirurgie*. t. VII.
19. BERTHOLD GOLDBERG. 1896. — *Monasthesse fur practische. Dermatologische*.
20. VON BREITENSTEIN. MAGELANG AUF JAVA. — *Wiener medizinische Wochenenschrift*, 1893, n° 33. p. 1388, (Pyelo-néphrite blennorrhagique).
21. FURBRINGER. — *Traité des maladies des organes génito-urinaires*. Paris 1892.
22. RENDU. — *Gazette des hôpitaux*. 1889. n° 97.
23. ALBARRAN. 1889. — Th. de Paris. (Etude sur le rein des urinaires).
24. BERLIOZ. 1887. — Th. de Paris (Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine).
25. LENEVEU. — Thèse 1878.
26. ZEISSL. — *Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes*. Paris 1888.
27. NEUMANN. — *Lehrbuch der Venerischen Kran-Kheiten und der syphilis*. Wien 1888.
28. GERAUD. 1892. — *Archives de méd. militaire* (l'albuminurie dans les affections vénériennes).
29. BOCKHART. 1886. — *Monatsh. fur. prakt. Dermatol* n° 4.
30. DERoyer. 1874. — Th. de Paris. Etude théorique et pratique de l'albuminurie et de quelques néphrites.
31. CORNIL. 1869. — Th. d'agrégation (des différentes espèces de néphrites).
32. MARSEL SÉE. — *Le Gonocoque*. Th. de Paris 1896.

